Rue du Midi 133/50

Photo

1000 Bruxelles

**Date :**

*Merci de compléter le formulaire ci-joint et de l’envoyer par mail à*

[info@lehuitiemejour.eu](mailto:info@lehuitiemejour.eu)

## Renseignements au sujet du candidat

Nom et prénom du candidat :

Âge et date de naissance :

Genre :

Numéro de téléphone personnel :

Numéro de registre national :

Adresse :

Administrateur des biens & ou de la personne (nom, téléphone, adresse postale et mail) :

Service(s) d’accompagnement(s) (nom, téléphone, adresse postale et mail) :

Personne à contacter de la famille (nom, téléphone, adresse postale et mail):

## Où vit la personne actuellement ? Auprès de sa famille ? Seule ? Dans un centre d’hébergement (si oui, lequel) ?

## A-t-il/elle déjà effectué des séjours en institution ? Si oui, le(s)quelle(s) ?

Nom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

## A-t-il/elle d’autres demandes en cours pour accéder dans un centre d’hébergement ou dans un appartement supervisé ? Si oui, veuillez-le(s) mentionner

Nom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

## Parcours scolaire antérieur (nom de l’école, dates d’obtention d’un diplôme ou certificat) :

Primaire :

Secondaire :

Autre :

## Situation médicale

A quelle mutuelle la personne est-elle inscrite ?

Nom :

Numéro d’affiliation :

Dans le cadre d’une médication, est-elle gérée par la personne ?

Présence d’un trouble psychiatrique ou de difficultés associées ? Si oui, lesquels/lesquelles ?

Si oui, quelles sont les coordonnées du psychiatre responsable du/des traitement(s) psychiatrique(s) ?

Nom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Coordonnées d’une maison médicale ou d’un médecin traitant ?

Nom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

## Niveau d’autonomie

Se laver seul(e) oui/non

Faire les courses seul(e) oui/non

Cuisiner seul(e) oui/non

Manger seul(e) oui/non

Nettoyer son linge seul(e) oui/non

Entretenir son logement seul(e) oui/non

Manipuler des électroménagers seul(e) oui/non

Utiliser un GSM/téléphone fixe seul(e) oui/non

Utiliser une carte de banque seul(e) oui/non

Prendre les transports en commun seul(e) oui/non

Autre(s) difficultés à mentionner :

## Capacités d’établir le contact avec autrui

Sait-il/elle communiquer verbalement ?

Sait-il/elle écrire ?

Sait-il/elle lire ?

## Activités régulières/hobbys

## **Est-il/elle reconnu(e) par le SPF, AVIQ, le PHARE, la Cocom etc ? veuillez joindre une copie d’attestation d’inscription à ce formulaire.**

## La personne est-elle actuellement dans un parcours d’étude (secondaire, autre) ou de formation spécifique ? Si oui, le(s)quelle(s) et à quelle fréquence (nombre de jours par semaine) ? Veuillez joindre une copie d’attestation d’inscription à ce formulaire.

## La personne participe-t-elle à des activités dans un centre de jour ? Si oui, le(s)quel(s) et à quelle fréquence (nombre de jours par semaine) ? Veuillez joindre une copie d’attestation d’inscription à ce formulaire.

## La personne travaille-t-elle ? Dans une ETA (entreprise de travail adapté) ou dans un autre secteur ? Comme ouvrier, salarié, bénévole ? Si oui, laquelle et à quelle fréquence (nombre de jours par semaine) ? Veuillez joindre une copie d’un contrat de travail/bénévolat à ce formulaire.

## De quel type de revenu dispose t ’il/elle ? Veuillez joindre une fiche récapitulative de revenus (salaire, mutuelle, SPF, chômage, CPAS …) ?