



Formulaire de demande d'orientation vers le dispositif Un Chez-soi d'abord – Métropole de Lyon

Ce formulaire ainsi que les justificatifs demandés ci-après seront transmis par mail à l'adresse :

commission@ucsa-lyon.org

En cas d'intégration dans le dispositif Un Chez-soi d'abord, le questionnaire sera classé dans le dossier de la personne. Dans le cas contraire, il sera détruit à l'issue de la commission.

Personne concernée par la candidature

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Domiciliation Oui Non

Adresse de domiciliation :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Référent de la demande (professionnel orienteur)

Nom / prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Structure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mesure de protection éventuelle

La personne relève-t-elle d'une mesure de protection ?

Oui Non

- Si oui, préciser la mesure de protection

Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

- Si oui, préciser le contact du représentant légal

Nom / prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Structure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Critères en vus de l'orientation

Le demandeur :

1. souhaite intégrer le dispositif Oui
2. est âgé de plus de 18 ans Oui
3. est en situation régulière Oui
4. est en situation d'itinérance absolue* Oui
5. relève (ou peut relever) d'un régime de protection sociale Oui
6. bénéficie (ou peut bénéficier) de ressources stables Oui
7. a un besoin d'accompagnement intensif (établi par le score MCAS) Oui
8. a une pathologie mentale sévère relevant d'un des groupes diagnostique suivants : troubles schizophréniques, troubles délirants persistants ou troubles bipolaires Oui

* **L'itinérance absolue** est définie par le fait d'être « **Sans domicile fixe** » depuis au moins 7 nuits et d'avoir peu de chances de se trouver un logement au cours du mois suivant. Le fait d'être « sans domicile fixe » regroupe les lieux d'hébergement d'urgence et les endroits publics ou privés dont un être humain ne se sert pas d'habitude pour dormir régulièrement (par exemple, à l'extérieur, dans la rue, dans les parcs, dans des entrées de portes, dans des véhicules stationnés, des squats ou des garages).

Les personnes qui sont sorties de l'hôpital dans lequel ils séjournèrent depuis moins de 3 mois ou d'un établissement pénitentiaire, qui sont sans endroit où aller et qui étaient en situation d'itinérance absolue avant leur séjour, sont considérées en situation d'itinérance absolue.

Etre en situation de logement précaire est définie comme le fait d'avoir pour résidence principale un foyer d'hébergement d'urgence, un hôtel ou un hôtel meublé et d'avoir connu au moins deux épisodes d'itinérance absolue au cours de l'année écoulée ou un seul épisode d'itinérance absolue mais d'une durée d'au moins quatre semaines au cours de l'année écoulée.

Justificatifs à fournir

Le dossier doit être complété de tous les justificatifs nécessaires à la constitution du dossier, à savoir :

1. Une lettre manuscrite ou un document signé où la personne exprime, avec ses propres mots, sa volonté d'être logée **ET** accompagnée
2. Une copie de la CNI ou du titre de séjour en cours de validité ou un extrait d'acte de naissance ; à défaut, la déclaration de la perte des papiers d'identité
3. Une note de situation effectuée par le référent de la demande (s'il ne fait pas partie des membres de la commission) permettant d'évaluer la situation sociale et d'itinérance absolue de la personne
4. Une attestation des droits CPAM

5. Un justificatif des ressources
6. Le questionnaire d'orientation (score MCAS) complété
7. Le certificat médical attestant le diagnostic de troubles schizophréniques, troubles délirants persistants ou troubles bipolaires

Date :

Nom du référent de la demande :