



## DOSSIER D'INSCRIPTION

### FORMULE HANDITOIT

A compléter et à retourner avec une copie des pièces demandées à :  
Handitoit Provence – 26 boulevard BUREL- 13014 Marseille.

#### 1. VOTRE IDENTITE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Mail : .....

Téléphone : .....

#### Représentant légal (pour les adultes- le cas échéant)

Tutelle    Curatelle simple    Curatelle renforcée    Autre

Nom de la personne ou de l'organisme: .....

Adresse de la personne ou de l'organisme : .....

.....

.....

Mail : .....

Téléphone : .....

## 2. VOTRE SITUATION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

### 2.1 Situation Familiale :

Célibataire    En couple    Marié    Divorcé    Séparé

Identité du conjoint ou du futur co-titulaire du bail :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Mail : .....

Téléphone : .....

### 2.2 Personnes à charge :

| Nom | Prénom | Date de naissance | Sexe |   | Lien de patenté |
|-----|--------|-------------------|------|---|-----------------|
|     |        |                   | M    | F |                 |
|     |        |                   |      |   |                 |
|     |        |                   |      |   |                 |
|     |        |                   |      |   |                 |
|     |        |                   |      |   |                 |

### 2.3 Situation professionnelle :

Profession : .....

CDI    CDD, Stage, Intérim    Artisan, commerçant, profession libérale

Chômage    Retraité    Etudiant    Autre.....

### 3. VOS RESSOURCES

Indiquer dans le tableau ci-dessous le montant net de vos ressources mensuelles en euros (sans les centimes)

| Ressources  | Demandeur | Conjoint ou futur co-titulaire du bail |
|---|-----------|--|
| Salaire   |           |  |
| Retraite  |           |  |
| Allocation chômage                                  |           |  |
| Pension Alimentaire                                 |           |  |
| Pension d'invalidité                                |           |  |
| Allocations familiales                              |           |  |
| Allocation Adulte handicapé (AAH)                   |           |  |
| Allocation d'éducation d'enfant handicapé (AEEH)    |           |  |
| Allocation journalière de présence parentale (AJPP) |           |  |
| Revenu de solidarité active (RSA)                   |           |  |
| Allocation Jeune Enfant (PAJE)                      |           |  |
| Allocation minimum vieillesse                       |           |  |
| Bourse étudiant                                     |           |  |
| APL   |           |  |
| Autres :<br>.....<br>.....                          |           |  |

## 4. VOTRE RECHERCHE DE LOGEMENT

### 4.1 Vos démarches

Etes-vous demandeur de logement social ?

Oui

Non

Si Oui, indiquer votre numéro unique départemental

.....

Quel est l'organisme qui vous a attribué le numéro (HLM, Mairies...)

| Organismes | Date de la demande | N° d'enregistrement bailleur |
|------------|--------------------|------------------------------|
|            |                    |                              |

Avez-vous une reconnaissance DALO (Droit Au Logement Opposable)  OUI  NON

Si Oui indiquer votre numéro DALO .....

### 4.2 Logement recherché

Type de logement :

T2

T3

T4

Formule recherchée :

Aubagne

Istres

Marseille

Choix 1 :

Choix 2 :

Choix 3 :

Accepte un logement en RDC :  OUI  NON

Accepte un logement à l'étage :  OUI  NON

Montant du loyer maximum (avec les charges) prêt à supporter :

## 5. VOTRE HANDICAP

### Nature du handicap :

- Moteur     Sensoriel     Cognitif Psychique     Organique

Préciser: .....

### Votre handicap est-il reconnu par la MDPH ?

- OUI     NON

Quel est le taux du handicap ?.....%

### Prestation et allocations perçues

- PCH    Nombre d'heure accordée...../ H  
 APA    Nombre d'heure accordée ...../ H  
 ACTP    Montant mensuel .....€  
 ACFP    Montant mensuel .....€  
 MTP    Montant mensuel .....€

Avez-vous le statut de travailleur handicapé ?     OUI     NON

### Besoin d'aides techniques :

- Fauteuil roulant électrique     Fauteuil roulant manuel     Canne/Déambulateur  
 Autre aide technique, précisez.....  
 Aucune mais facilement fatigable     Aucune

## 6. VOS BESOINS QUOTIDIEN

### 6.1 La Vie Quotidienne : avez-vous besoin d'une tierce personne pour :

|                                | Oui | Non | Aide totale | Aide partielle | Durée jour | Durée/ semaine |
|--------------------------------|-----|-----|-------------|----------------|------------|----------------|
| <b>L'hygiène corporelle</b>    |     |     |             |                |            |                |
| • Toilette au lit              |     |     |             |                |            |                |
| • Toilette à la douche         |     |     |             |                |            |                |
| <b>L'habillement</b>           |     |     |             |                |            |                |
| • Habillement du haut du corps |     |     |             |                |            |                |
| • Habillement du bas du corps  |     |     |             |                |            |                |
| • Mettre les chaussures        |     |     |             |                |            |                |
| <b>Les transferts</b>          |     |     |             |                |            |                |
| • Du lit au fauteuil           |     |     |             |                |            |                |
| • Du fauteuil au lit           |     |     |             |                |            |                |
| • Du fauteuil aux toilettes    |     |     |             |                |            |                |
| • Des toilettes au fauteuil    |     |     |             |                |            |                |
| <b>Le repas</b>                |     |     |             |                |            |                |
| • Préparer les repas           |     |     |             |                |            |                |
| • Prendre les repas            |     |     |             |                |            |                |
| <b>La nuit</b>                 |     |     |             |                |            |                |
| • Assurer des interventions    |     |     |             |                |            |                |
| • Assurer une surveillance     |     |     |             |                |            |                |
| • Assurer une permanence       |     |     |             |                |            |                |

### 6.2 Les Soins :

**Avez-vous besoin de l'intervention d'un(e) IDE pour :**

|                                  | Oui | Précisions souhaitées | Non | Durée /jour | Durée/ semaine |
|----------------------------------|-----|-----------------------|-----|-------------|----------------|
| Assurer des soins techniques     |     |                       |     |             |                |
| Préparer le pilulier             |     |                       |     |             |                |
| Administer des médicaments       |     |                       |     |             |                |
| Assurer une toilette médicalisée |     |                       |     |             |                |

**Avez-vous besoin de l'intervention d'autres intervenants para-médico :**

|                  | Oui | Précisions<br>souhaitées | Non | Durée<br>/jour | Durée/<br>semaine |
|------------------|-----|--------------------------|-----|----------------|-------------------|
| Kinésithérapeute |     |                          |     |                |                   |
| Ergothérapeute   |     |                          |     |                |                   |
| Orthophoniste    |     |                          |     |                |                   |
| Diététicien      |     |                          |     |                |                   |
| Psychologue      |     |                          |     |                |                   |

**6.3 Le Travail ménager : avez-vous besoin d'une tierce personne pour :**

|  | Oui | Non | Aide<br>totale | Aide<br>partielle | Durée<br>/jour | Durée/<br>semaine |
|--|-----|-----|----------------|-------------------|----------------|-------------------|
| <b>Les tâches ménagères</b>                        |     |     |                |                   |                |                   |
| • Organiser la planification des tâches ménagères  |     |     |                |                   |                |                   |
| • Assurer l'entretien du logement                  |     |     |                |                   |                |                   |
| • Assurer l'entretien du linge                     |     |     |                |                   |                |                   |
| <b>Les courses</b>                                 |     |     |                |                   |                |                   |
| • Effectuer vos courses                            |     |     |                |                   |                |                   |
| • Vous accompagnez lorsque vous faites vos courses |     |     |                |                   |                |                   |

**6.4 La Vie Sociale : avez-vous besoin d'une tierce personne pour :**

|  | Oui | Non | Aide<br>totale | Aide<br>partielle | Durée<br>/jour | Durée/<br>semaine |
|--|-----|-----|----------------|-------------------|----------------|-------------------|
| <b>Vos activités de loisirs</b>                  |     |     |                |                   |                |                   |
| Vous proposez des activités                      |     |     |                |                   |                |                   |
| Vous accompagnez sur le lieu des activités       |     |     |                |                   |                |                   |
| Rester avec vous lors des activités              |     |     |                |                   |                |                   |
| <b>Vos démarches administratives</b>             |     |     |                |                   |                |                   |
| Parler   |     |     |                |                   |                |                   |
| Ecrire   |     |     |                |                   |                |                   |
| Lire   |     |     |                |                   |                |                   |
| Téléphoner                                       |     |     |                |                   |                |                   |
| Assurer la gestion du courrier                   |     |     |                |                   |                |                   |
| Assurer une veille et des conseils budgétaires   |     |     |                |                   |                |                   |
| Assurer l'ouverture et le maintien de vos droits |     |     |                |                   |                |                   |





## 8. PIÈCES À JOINDRE À CE QUESTIONNAIRE

- Photocopie de la Carte d'identité
- Photocopie de la Carte d'invalidité
- Si vous êtes divorcé(e) la photocopie de votre livret de famille
- Justificatif de ressources (salaire, retraite, attestation CAF, etc...)
- Photocopie des avis d'imposition des membres du foyer sur les revenus de l'année N-1 et N-2
- Attestation du Numéro Unique Départemental
- Attestation DALO si vous êtes concerné(e)
- La photocopie de la notification de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou la notification de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne.