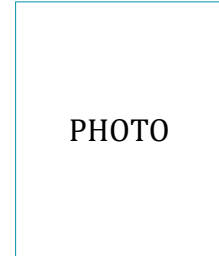


DOSSIER DE CANDIDATURE POUR UNE LOCATION D'APPARTEMENT

IMMEUBLE EN COURS DE CONSTRUCTION A BILLY-BERCLAU.

LOGEMENTS FAVORISANT L'INCLUSION DES PERSONNES EN
SITUATION DE HANDICAP PHYSIQUE ET DE POLYHANDICAP.





Date de la demande :

N'hésitez pas à être aidé(e) par un proche ou un professionnel qui vous connaît pour renseigner le dossier et répondre aux questions. Pour éclairer votre choix, vous pouvez consulter la présentation du projet.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom :

Prénoms :

Né(e) le : à :

Adresse (lieu de vie) :

.....
.....

Téléphone :

Mail :

Adresse (domicile familial) :

.....
.....

Téléphone :

Mail :

Adresse (domicile de secours¹) :

.....
.....

Téléphone :

Mail :

¹ **Article L122-2 :Du Code de l'Action Sociale et des Familles** : « le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation, sauf pour les personnes admises dans des établissements sanitaires ou sociaux, ou accueillies habituellement, à titre onéreux ou au titre de l'aide sociale au domicile d'un particulier agréé ou faisant l'objet d'un placement familial en application des articles L. 441-1, L. 442-1 et L. 442-3, qui conservent le domicile de secours qu'elles avaient acquis avant leur entrée dans l'établissement et avant le début de leur séjour chez un particulier. Le séjour dans ces établissements ou au domicile d'un particulier agréé ou dans un placement familial est sans effet sur le domicile de secours. »

CHOIX DU DISPOSITIF D'HABITATS

Avant de nous rencontrer, dites-nous quelle(s) solution(s) d'habitats vous conviendraient le mieux ?

- Vie en colocation (appartement T3)
- Vie en logement individuel
- Les deux

PERSONNE DE CONFIANCE A CONTACTER

Nom :

Prénoms :

Fonction/Liens :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Mail :

MESURE DE PROTECTION

- Oui Non En cours À faire
- Tutelle Aux biens et/ou À la personne
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée

Nom et adresse du mandataire ou de l'organisme agréé :

.....

.....

.....

Téléphone :

Fax :

Mail :

RESSOURCES ACTUELLES

- Allocation Adulte Handicapé : (montant)
- Pension d'invalidité : (montant)
- Majoration Tierce Personne : (montant)
- Autres ressources, précisez

NOTIFICATION CDAPH-MDPH

N° dossier : Département :

PCH aides humaines du Au
(Prestation de compensation du Handicap)

- Nombre d'heures par mois

ACTP du Au
(Allocation Compensatrice Tierce Personne)

- Nombre d'heures par mois (ou montant)

SAVS du Au
(Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)

SAMSAH du Au
(Service d'Accompagnement Médico-Sociale pour Adultes Handicapés)

Accueil de Jour du Au

Foyer d'hébergement :
- Accueil à temps complet du Au
- Accueil temporaire du Au

Foyer de vie
- Accueil à temps complet du Au
- Accueil temporaire du Au
- Accueil de jour du Au

FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)
- Accueil à temps complet du Au
- Accueil temporaire du Au
- Accueil de jour du Au

MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)
- Accueil à temps complet du Au
- Accueil temporaire du Au
- Accueil de jour du Au

Autre, précisez :
du Au

C.A.F

N° d'allocataire

Nom et adresse du centre :

.....
.....
.....

SECURITE SOCIALE

N° de sécurité sociale

Nom et adresse de la caisse :

.....
.....
.....

Prise en charge ALD (Affection de Longue Durée)

Oui

Non

En cours

MUTUELLE

N° adhérent

Nom et adresse de l'organisme :

.....
.....
.....

COMPRENDRE VOTRE ACCOMPAGNEMENT ET VOS BESOINS

Quel est votre mode de communication :

- Verbale Complet avec quelques mots
 Non verbale Synthèse vocale

Disposez-vous d'un code de communication : Oui Non

Souhaitez-vous nous préciser des éléments :

.....
.....

Quel est votre mode de déplacement :

- Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant Electrique

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

Qui vous accompagne dans la rédaction du présent dossier de demande ?

.....

→ **Pour étudier votre demande, nous avons besoin de la copie de la notification de décision de concernant :**

- PCH - Prestation de Compensation du Handicap,
 ACTP – Allocation Compensatrice Tierce Personne
 SAVS - Service d'Accompagnement à la Vie Sociale,
 SAMSAH - Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé,

→ **Merci de faire parvenir votre dossier par voie postale au GAPAS :**

GAPAS

Référence « dossier Billy-Berclau »

87, rue du Molinel

Bât D

59700 Marcq-en-Barœul

ou

par mail à l'adresse suivante : billyberclau@gapas.org

Date limite d'envoi : 25 octobre 2021

Le GAPAS s'engage à protéger et partager vos données personnelles conformément à la loi en vigueur. Les données collectées dans le dossier de candidature font l'objet d'un traitement informatisé dont le responsable est le GAPAS. Toutes les informations collectées sont conservées et feront l'objet d'un traitement par des professionnels habilités du GAPAS. Elles serviront à étudier votre candidature pour un accueil dans nos dispositifs d'habitats inclusifs. Elles seront évoquées en comité technique et éthique selon la notice explicative qui vous est transmise en annexe. Vous avez le droit d'accéder aux données vous concernant. Des droits complémentaires vous permettent par exemple de rectifier, supprimer les informations collectées. Pour exercer ces droits, merci d'adresser votre courrier à DPO GAPAS, 87, rue du Molinel Bât D 59700 Marcq-en-Barœul ou par courriel à dpo@gapas.org
Plus d'informations : DPO GAPAS – Sophie MONOKY dpo@gapas.org 03.20.99.50.80

Signature de la personne concernée et/ou de son représentant légal