

**Formulaire à remplir\* pour l'obtention d'un appartement de transition.**

**1. PROFIL**

**Informations**

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ NPA : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

N° AVS : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

État civil : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Orientation de la demande**

Par qui avez-vous été orienté ? ☐ Famille ☐ Amis ☐ Recherches

- ☐ Une institution, laquelle ? \_\_\_\_\_
- ☐ CSR, lequel ? \_\_\_\_\_
- ☐ Autres, précisez : \_\_\_\_\_

**Réseau**

Personne du réseau à contacter pour renseignements (réfèrent, psychologue, médecin,...)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Institution : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

\*par la personne

## 2. SITUATION

### Logement

☐ Institution. Nom de l'institution ?

\_\_\_\_\_

☐ Logement, mais avis d'expulsion

☐ Logement personnel inadéquat

☐ Sans logement

☐ Chez la famille

☐ Chez des amis

☐ Hôtel

☐ Hébergement d'urgence

☐ Sous-location

☐ Autres, précisez :

\_\_\_\_\_

### Composition du ménage

☐ Homme seul

☐ Femme seule

☐ Homme séparé avec enfant

☐ Femme seule/séparée avec enfant

☐ Couple sans enfant

☐ Couple avec enfant

☐ Autres, précisez :

\_\_\_\_\_

Si enfant(s) :

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

Age(s) : \_\_\_\_\_

Garde : \_\_\_\_\_

Remarques : \_\_\_\_\_

### Situation financière

☐ RI

☐ Salaire

☐ Salaire + RI

☐ AI + PC

☐ Chômage

☐ Salaire + autres revenus

☐ RI + autres revenus

☐ Autres rentes, précisez :

\_\_\_\_\_

### Précisions :

Montant du revenu mensuel brut : \_\_\_\_\_

Montant des dettes : \_\_\_\_\_

Montant des économies : \_\_\_\_\_

Montant des poursuites : \_\_\_\_\_

### Consommation d'alcool

☐ Consommation contrôlée (Mes Choix)

☐ Abstinente depuis : \_\_\_\_\_

☐ Je consomme régulièrement de l'alcool

☐ Autres produits, précisez :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. OBJECTIFS ET MOTIVATIONS

#### Relation avec l'alcool

- ☐ Maintenir l'abstinence
- ☐ Limiter les rechutes
- ☐ Se protéger
- ☐ Autres, précisez :

---

---

---

#### Réinsertion sociale

- ☐ Participer aux activités et groupes de la Croix-Bleue romande
- ☐ Privilégier la création de liens sociaux
- ☐ Récupérer une situation familiale stable et adéquate
- ☐ Reprendre contact avec l'entourage
- ☐ Retrouver un rôle de parent
- ☐ Vivre dans un cadre sécurisant
- ☐ Retrouver une autonomie
- ☐ Autres, précisez :

---

---

---

#### Réinsertion professionnelle

- ☐ Trouver une activité occupationnelle
- ☐ Trouver un emploi rémunéré
- ☐ Retrouver une confiance en soi
- ☐ Retrouver une autonomie
- ☐ Autres, précisez :

---

---

---

#### Situation financière

- ☐ Apprendre à gérer un budget
- ☐ Améliorer l'état financier général
- ☐ Sortir du RI
- ☐ Autres, précisez :

---

---

---

#### Logement souhaité :

##### Pièces

Nombre souhaité : \_\_\_\_\_

Raison : \_\_\_\_\_

##### Région

Emplacement souhaité : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Raison : \_\_\_\_\_

#### Besoins particuliers

Besoins particuliers : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Raison : \_\_\_\_\_

**Vous êtes au RI ou au bénéfice d'une rente AI**

☐ Oui

Si non, remarques : \_\_\_\_\_

**Vous êtes diagnostiqué-e avec une relation à l'alcool problématique\***

☐ Oui

Si non, remarques : \_\_\_\_\_

**Vous êtes abstinent-e et vous souhaitez le rester**

☐ Oui

Si non, pourquoi : \_\_\_\_\_

**Vous bénéficiez d'un suivi médical régulier**

☐ Oui

Si non, pourquoi : \_\_\_\_\_

**Vous pourriez assurer l'entretien de l'appartement**

☐ Oui

Si non, pourquoi : \_\_\_\_\_

**Vous vous engageriez à respecter le suivi avec le ou la collaboratrice sociale**

☐ Oui

Si non, pourquoi : \_\_\_\_\_

**Vous vous engageriez à la recherche d'un nouvel appartement**

☐ Oui

Si non, pourquoi : \_\_\_\_\_

**Vous vous engageriez à la recherche d'un travail ou d'une occupation**

☐ Oui

Si non, pourquoi : \_\_\_\_\_

\*diagnostiqué d'une relation problématique avec l'alcool

**Remarques :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lieu: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

La signature de ce formulaire autorise la Croix-Bleue romande  
à prendre contact avec le ou la professionnelle de référence cité en page 1.