



# Questionnaire admission appartement

LA BOUSSOLE Préventions & Soins des addictions

Nom	
Prénom	
Date de réception de la demande	

Ce dossier est à retourner par courrier ou mail au :

*Service d'appartements thérapeutiques relais*

*A l'attention du chef de service*

*26, rue de la tour de beurre, 76000 ROUEN*

*appartements@laboussole.asso.fr*

Pour tout renseignement concernant ce dossier ou le service, vous pouvez nous contacter au :

**02 35 89 91 84**

**Structure soutenant la demande (facultatif, une note sociale peut être jointe) :**

Etablissement : .....

Référent : .....

Fonction : .....

Adresse : .....

Coordonnées : .....



Afin de préparer votre accueil au sein de notre service, nous vous prions de remplir ce dossier le plus précisément possible. Tous les renseignements fournis resteront confidentiels et à usage strictement interne au service.

Si ce dossier est rempli par un professionnel, merci de nous le préciser et d'en motiver les raisons.

### Renseignements personnels

Adresse actuelle (à laquelle il faut envoyer une réponse) :

.....

Téléphone : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité : ..... Pièce d'identité en cours de validité : .....

Avez-vous une couverture sociale : .....

Droits ouverts jusqu'au : .....

AME       CMU       CMU-C       Mutuelle

Etes-vous allocataire de la CAF :  Oui  Non      MSA :  Oui  Non

Si oui, numéro d'allocataire : .....

Quelle prestation :  AL    AF    RSA    AAH

### Situation financière

Ressources actuelles (Nature, montants mensuels) : .....

Endettement : .....

### Situation familiale

Actuellement : .....

Enfant : .....

Prénom	Age	A votre charge	Autre situation

**Qualité et fréquence des liens avec votre entourage**

Partenaire ou conjoint : .....  
Père : .....  
Mère : .....  
Frères/sœurs : .....  
Autres proches : .....  
.....

**Situation professionnelle actuelle**

Inscription Pôle emploi :  Oui  Non

**Parcours résidentiel (hébergement, logement...)**

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

**Bref historique de vos consommations**

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

### Point actuel sur vos consommations

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Suivi addictologie en cours

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**A la réception de ce questionnaire rempli, votre dossier sera étudié en réunion pour un éventuel entretien.**