

DOSSIER DE CANDIDATURE

Ce dossier doit être envoyé à :

CSAPA Marseille
« LA CORNICHE »

3 Traverse Nicolas
13007 Marseille

Contact :

Corniche@groupe-
sos.org

Ou

Pierre.thibault@groupe-
sos.org

A l'attention de Mr THIBAUT
Pierre
Chef de service éducatif

Informations générales

Vous souhaitez être accueilli par le centre résidentiel thérapeutique LA CORNICHE.

Avant de remplir ce dossier d'admission, il nous semble important de vous informer des règles générales de notre structure.

1) L'accueil et l'hébergement

Le service propose un hébergement collectif, un accompagnement individualisé éducatif, social et psychologique. Cette prise en charge est assurée en continu.

Le Centre Thérapeutique Résidentiel (C.T.R) s'adresse à un public concerné par une problématique d'addiction. La personne est inscrite dans une démarche de soins, et elle est en mesure de s'intégrer à un collectif. Une chambre individuelle (avec douche et lavabo) est mise à disposition de chaque résident. Le CSAPA La Corniche s'adresse à un public mixte âgé de 18 à 22 ans.

L'équipe est composée :

- D'une directrice,
- D'un chef de service éducatif,
- D'une équipe éducative,
- D'une secrétaire,
- D'une maitresse de maison,
- D'une équipe de surveillants de nuit,
- D'un médecin addictologue,
- D'une infirmière coordinatrice de soin,
- D'une équipe d'infirmières libérales,
- D'une psychologue.

2) La participation financière

Aucune participation financière n'est demandée.

Les frais concernant la nourriture sont à la charge de l'établissement.

Les produits d'hygiène de base (Gel douche, Shampoing, Dentifrice) sont pris en charge par la structure pour les personnes sans ressources.

Une caution de 40 euros est demandée lorsque la personne arrive afin de couvrir les éventuels frais liés à la reproduction de la clé de chambre donnée à l'arrivée, en cas de perte et également en cas de dégradation.

3) Le règlement de fonctionnement

Lorsque la personne est admise, elle s'engage à signer et respecter le règlement de fonctionnement. Ce règlement est remis à la personne lors de son entretien d'accueil (avec le chef de service), il permet de garantir aux personnes accueillies le respect des règles, indispensable au bon fonctionnement du service.

Liste des pièces à fournir

Afin de préparer au mieux votre accueil au sein de la structure, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce dossier et de joindre à celui-ci les pièces suivantes

- **Photocopie de la carte d'identité recto/verso (ou titre de séjour).**
- **Photocopie de l'attestation d'assurance sociale.**
- **Photocopie de la carte vitale.**
- **Photocopie de la carte d'identité du tuteur légal si mineur.**
- **Photocopie de votre carte de mutuelle recto/verso.**
- **Photocopie du carnet de santé.**
- **Attestation CAF de vos prestations (RSA, AAH)**
- **Notification MDPH (AAH, reconnaissance travailleur handicapé...).**
- **Pour les personnes sous tutelle, nom du tuteur et de l'organisme.**
- **Photo d'identité.**
- **Attestation CPAM.**
- **Lettre de motivation et projet de la personne.**
- **Evaluation social et/ou éducative (si orientation par institution).**

Organisme présentant la situation :
Personne chargée du dossier :
Coordonnées
Qualité :

Identification du demandeur :

Noms :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone du demandeur :

Téléphone du tuteur légal :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

ETAT CIVIL

Célibataire ☐

Séparé (e) ☐

Marié (e) ☐

Vie maritale ☐

Divorcé (e) ☐

Veuf (Ve) ☐

SITUATION RELATIVE A L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

Nombre de frères :

Nombre de sœurs :

Père/ Mère :

Autres :

Conjoints/ ami(e) :

SITUATION RELATIVE AU LOGEMENT

Locataire ☐

Sans logement stable ☐

Hébergé ☐

Demande de logement faite : Oui ☐ Non ☐

Numéro de demandeur de logement :

Organisme :

Fais-le :

Renouvelé le :

Demande DALO : Oui ☐ Non ☐

Fais-le :

A renouveler le :

Fiche SIAO en cours : Oui ☐ Non ☐

Si Logement actuel : *En famille* ☐ *En individuel* ☐ *En concubinage* ☐ *En colocation* ☐

Si Hébergement actuel :

- Type d'hébergement :
- Nom de l'association :
- Contact :

Solution de repli après ou pendant la prise en charge à LA CORNICHE :

Famille ☐ Association ☐ Autre ☐

Si autre, précisez :

Avez-vous déjà eu une expérience en logement autonome ? Oui ☐ Non ☐

Quel type ?

Individuel ☐ **Colocation** ☐ **Concubinage** ☐

Durée :

SITUATION ADMINISTRATIVE

FAMILIALE

Enfant (s) :

Au domicile (nombre) :

Hors domicile (nombre) :

Nom et prénom, date de naissance et sexe des enfants :

- | | |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |

INSTITUTIONNELLE

Renseignements juridiques et administratifs :

Mesure AEMO

Placement :

Autre :

Prise en charge par :

ADMINISTRATIVE

	OUI	NON
CNI		
Réfugié politique		
Carte de résident		
Titre de séjour		
Autorisation Provisoire de Séjour Sans autorisation de travail		
Autorisation Provisoire de Séjour Avec autorisation de travail		
Passeport		
Livret de famille		

Titre de séjour obtenu le :

à renouveler le :

Demande de régularisation déposée le :

À la Préfecture de :

SITUATION JURIDIQUE

Affaires en cours :

Peines à effectuer :

SPIP référent de la situation :

RESSOURCES MENSUELLES

Ressources	Montant	Charges	Montant
Salarié (s)		Loyer	
AAH		EDF GDF	
RSA		Téléphone	
Indemnités journalières		Remboursement de dette	
Allocation France Travail		Autres (à préciser)	
Prestations familiales			
Autres (à préciser)			
Total		Total	

CREDITS & DETTES

Nature	Montant	Echéance	Mensualité	Créancier

COUVERTURE SOCIALE

Ouverture des droits : OUI ☐ NON ☐
 Numéro de sécurité social :

Adresse et téléphone de la Caisse primaire :

Prise en charge 100% OUI ☐ NON ☐

Aide médicale OUI ☐ NON ☐

Mutuelle Organisme :

N° d'adhérent :

Adresse et tél :

PARTIE MEDICALE

Etes-vous en lien avec une structure de soin ?

Si oui, de quel type : **CSAPA** ☐ **CAARUD** ☐ **CJC** ☐ **Autres** ☐

Suivi(s) passé(s) :

Suivi(s) en cours :

Médecin traitant :

Antécédents médicaux/chirurgicaux :

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Hospitalisation(s) passée(s) :

Traitement en cours :

CONSOMMATION

<i>Types de produits</i>	Actuellement	Par le passé
Cannabis		
Cocaïne		
Crack		
Alcool		
Héroïne		
Kétamine		
Autres :		
Autres :		
Autres :		

Quel est la fréquence de consommations des produits consommés actuellement ?

Avez-vous déjà tenté d'arrêter l'une de vos consommations ?

Si oui laquelle, comment et pendant combien de temps ?

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Quelle est votre formation ?

Quels sont vos expériences professionnelles ?

VOTRE PROJET

Quel est votre projet (soins, professionnel, social ou autre) ?

De quoi avez-vous besoin ?

Qu'attendez-vous du service ?

