Dossier de candidature
Accompagnement et hébergement au sein des Habitations Protégées du Regain

Madame, Monsieur,

Votre candidature ne sera prise en considération que si ce dossier est complété. Nous vous demandons d'y joindre un rapport médical psychiatrique récent.

L'objectif est de comprendre votre projet, vos besoins et le suivi qui pourrait vous être le plus adapté.

Afin de nous le rendre, vous pouvez soit l'envoyer par courriel (botteduhainaut.ihp@ghdc.be) ou venir le déposer dans notre boîte à l'adresse suivante : 28 Rue Maubert 6464 Rièzes.

Pour toutes questions, vous pouvez nous joindre par téléphone au numéro suivant : **060/31.31.01**

Dans l'attente de vos nouvelles, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Pour Le Regain,

Silvano Gueli
Coordinateur

1. Données administratives

Nom		
Prénom		
Date de naissance		
État civil		
Nationalité		
Parcours de formation / profession		
Téléphone		
Adresse mail		
Adresse	Rue + N°	
	Code postal	Ville
Vignette de mutuelle	Coller une vignette de mutuelle	

Carte d'identité/ Titre de séjour	N° de registre national : …… Date de validité : …….. Joindre une copie recto/verso de la carte d'identité

Si la personne candidate provient d'une autre structure	Nom de la structure : Adresse : Personne de contact : Téléphone : Mail :

2. Réseau

Médecin généraliste **Adresse** **Téléphone**	**Nom**		
	Rue	**N°**	**CP/Ville**
		Courriel	

Psychiatre traitant **Hôpital / structure** **Adresse** **Téléphone**	**Nom**		
		N°	**CP/Ville**
		Courriel	

Famille :
Entourage :
Professionnel(s) :

Dans votre réseau avez-vous une personne en particulier que vous pouvez joindre en cas de problème et/ou lorsque vous n'êtes pas bien ? :

Nom : …….

Prénom : ……..

Lien (familial, amical, …) : ……..

Numéro de téléphone : ……

3. Présence de mesures légales

☐ Aucune mesure

☐ Mise sous protection de biens JOINDRE UNE COPIE DE L'ORDONNANCE DE JUGEMENT*

Nom de l'administrateur des biens		Date de fin	
Adresse	Rue	N°	CP/ville
Téléphone		Courriel	
Est-il prévenu de vos démarches en IHP ?	☐ Oui ☐ Non		

☐ Mise sous protection de la personne JOINDRE UNE COPIE DE L'ORDONNANCE DE JUGEMENT*

Nom de l'administrateur de la personne		Date de fin	
Adresse	Rue	N°	CP/ville
Téléphone		Courriel	
Est-il prévenu de vos démarches en IHP ?	☐ Oui ☐ Non		

☐ Trajet de Soins pour Internés JOINDRE UNE COPIE DE L'ORDONNANCE DE JUGEMENT*

Nom de l'assistant(e) de justice		Date de fin	
Adresse	Rue	N°	CP/ville
Téléphone		Courriel	
Est-il prévenu de vos démarches en IHP ?	☐ Oui ☐ Non		

☐ Mise en observation / maintien / postcure JOINDRE UNE COPIE DE L'ORDONNANCE DE JUGEMENT*

Nom du psychiatre responsable		Date de fin	
Adresse	Rue	N°	CP/ville
Téléphone		Courriel	
Est-il prévenu de vos démarches en IHP ?	☐ Oui ☐ Non		

4. Situation financière

4.1 Cochez la mention qui correspond à votre situation

☐ Mutuelle

Montant :

☐ Chômage

Montant :	Organisme de paiement :

☐ Pension

Montant :	☐ Retraite ☐ Survie
Numéro de dossier	
Si la demande est en cours, date d'introduction : ……../……../…….	

☐ Allocation de handicap

Montant	☐ ARR ☐ AI ☐ APA
Numéro de dossier	
Si la demande est en cours, date d'introduction : ……/……/……	

☐ CPAS

Montant		
CPAS compétant		
Rue	N°	CP/Ville
Assistant(e) social(e)		
Téléphone		Courriel

☐ AVIQ

N° d'inscription
Bureau provincial de

☐ Travail

Montant
Profession

Avez-vous des dettes ? Si oui, des démarches ont-elles été mises en place ? :

……..

……..

4.2 Récapitulatif des charges

Dettes	
Pension alimentaire	
Loyer(s)	
Frais pharmaceutiques	
Autre(s)	

5. Savoir-faire

« Ces informations nous permettent uniquement de mieux comprendre vos besoins pour vous accompagner au mieux. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. »

Compétences	À l'aise	Parfois à l'aise	Avec l'aide	Je ne sais pas (encore) le faire
Lire				
Écrire				
Gérer votre hygiène et vos affaires personnelles				
Préparer vos repas				
Faire vos courses				
Faire vos tâches ménagères				
Vous déplacer (transports en commun, voiture, pieds, …)				

6. Centre(s) d'intérêt

Comment occupez-vous vos temps libres ? :

.....

.....

.....

.....

7. Projet

Quel est votre projet au sein du Regain ? :

……

……

……

……

Quelles sont vos attentes vis-à-vis d'une habitation protégée ? :

……..

……..

……..

Combien de temps pensez-vous rester en IHP ? :

……

Les choses sur lesquelles vous avez envie d'acquérir ou de progresser ? :

……..

……..

……..

Comment envisagez-vous la vie en communauté ainsi que le partage des espaces communs ? :

……..

……..

……..

8. Séance d'informations

Qu'avez-vous retenu de la séance d'informations à laquelle vous avez participez ? :

……..

……..

……..

……..

9. Santé

Que pouvez-vous dire de vos difficultés en santé mentale ? :

……..

……..

……..

……..

Quel est votre diagnostic ? :

……

Avez-vous d'autres problèmes de santé ? : OUI / NON

Si oui, le(s)quel(s) :

……..

……..

10. Souhaitez-vous nous partager d'autres informations ? :

……..

……..

……..

Rappel

Votre dossier ne sera pris en charge que dûment complété et accompagné de tous les documents nécessaires

- Une copie recto/verso de votre **carte d'identité**
- Un **rapport médical psychiatrique** récent
- Les copies **d'ordonnances du jugement**

Où déposer / envoyer ?

- Sur la boite courriel du regain (botteduhainaut.ihp@ghdc.be) ;
- Dans la boite aux lettres

Fait le _____ Signature de la personne candidate