



**AUTONOMISE-TOIT !**

// Accompagnement des jeunes par le logement

**TOURAINES**  
LE DÉPARTEMENT

## • DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT •

### / PRESCRIPTEUR

Nom :

N° de téléphone :

Fonction :

Organisme :

Courriel :

### / DEMANDEUR

Nom :

Date et lieu  
de naissance

Adresse ou Domiciliation :

Prénom :

N° CAF / MSA :

N° de téléphone :

Courriel :

### / CONJOINT (E) • CO-DEMANDEUR (SE)

Nom

Prénom

Date / Lieu  
de naissance

Profession  
Employeur

Lieu d'activité

**Situation matrimoniale :**

#### Enfants présents au foyer et / ou attendus

Nom

Prénom

Date / Lieu  
de naissance

Scolarité

Présent au foyer

---

## / BUDGET MENSUEL

Nature des ressources

Montant

Nature des charges

Montant

**Total des ressources**

**Total des charges**

**Dettes :**

**Plan d'apurement :**

**Dossier de surendettement :**

En cours de constitution

Déposé

Date de dépôt :

**Décision :**

---

## / SITUATION ADMINISTRATIVE (Pour les personnes étrangères)

**Titre de séjour :**

Demande en cours

Obtenu

**Mention :**

Vie privée/ vie familiale

Travailleur temporaire

Salarié

**Durée de validité :**

**Protection internationale :**

Demande en cours

Obtenu

**Durée de validité :**

**Récépissé**

**1ère demande**

**Renouvellement**

**Date :**

## / DIFFICULTÉS DE SANTÉ / HANDICAP

Oui Non

Si Oui, quelles sont les répercussions sur l'insertion sociale, professionnelle et sur l'occupation d'un logement ?

### Dossier MDPH :

Oui Non

Décisions/orientations :

**Demande en cours**

Préciser la nature  
des demandes :

## / LOGEMENT

### PARCOURS :

#### SITUATION ACTUELLE :

**Locataire ou attributaire d'un logement**

Date d'entrée  
dans les lieux

Parc privé

Nom du bailleur :

Parc public

Nom du bailleur :

Parc associatif

Nom du bailleur :

**A la rue**

**Hébergement familial**

**Hébergement amical**

**Hébergement d'urgence**

**Hébergement d'insertion (CHRS)**

**Accueilli par l'Aide Sociale à l'Enfance :**

En collectif

Logement en semi autonomie

#### LOGEMENT RECHERCHÉ :

Famille d'Accueil

**Secteur géographique :**

**Demande de logement  
social déposée**

Oui

Non

## PRECONISATION DU PRESCRIPTEUR :

### **Bail Direct**

(Le jeune est locataire en titre)

### **Sous location**

(Le jeune est locataire de l'Organisme Habitat jeune dans un 1er temps en attendant le glissement du bail pour être titulaire du bail sur ce même logement)

### **Logement transitoire meublé**

(Contrat d'hébergement temporaire pour des situations particulières en attendant que l'accès à un logement de droit commun soit possible)

---

## / INSERTION PROFESSIONNELLE

### PARCOURS SCOLAIRE/ DIPLÔME OBTENU :

### SITUATION ACTUELLE

**En activité professionnelle :**      CDI              CDD              Apprentissage              Intérim

Date de début :

Date de fin :

Durée de travail hebdomadaire :

Autre (préciser) :

### **En formation professionnelle ou dans un dispositif d'insertion (E2C, Garantie jeunes.....) :**

Type :

Depuis le :

date de fin :

Lieu :

Perspectives d'embauche :

### **A la recherche d'un :**

Emploi

Domaine :

Formation

Domaine :

Contrat d'Apprentissage

Domaine :

Autre (préciser)

## / INSERTION PROFESSIONNELLE (suite)

### Suivi Mission Locale :

Oui            Nom du référent :

Non            N° téléphone :

Courriel :

### Inscription Pôle Emploi :

Oui            Nom du référent :

Non            N° téléphone :

Courriel :

---

## / ACCOMPAGNEMENTS EN COURS

### Intensité d'accompagnement actuel (fréquence des rencontres) :

#### Accompagnement social

Nom du  
travailleur social :

Organisme :

Courriel :

N° téléphone :

**Référence RSA**  
(Le cas échéant) :

Pôle Insertion  
concerné :

### Mesure Aide Sociale à l'Enfance :

Type de mesure :

Date de début :

Date de fin :

Pôle Enfance concerné ou service  
MNA Conseil départemental :

Nom du référent  
du pôle Enfance :

Nom du référent  
établissement :

Organisme :

Courriel :

N° téléphone :

## / ACCOMPAGNEMENTS EN COURS (suite)

Mesure de protection (majeur vulnérable)		En cours	Sollicitée	
Sauvegarde de justice	Curatelle simple		Curatelle renforcée	Tutelle
Organisme :			Nom du mandataire :	
Courriel :			N° téléphone :	

### Autre (s) Personne (s) ressource (s) identifiée (s)

Nom : \_\_\_\_\_ Coordonnées : \_\_\_\_\_  
Lien avec le demandeur : \_\_\_\_\_

---

## / EVALUATION SOCIALE

**Capacités et / ou difficultés à occuper un logement autonome et vie quotidienne :** *(entretien d'un logement, courses, cuisine...)*

**Capacités et / ou difficultés à mener des démarches administratives :**

*(maîtrise de la langue française, la lecture, l'écriture, connaissance des administrations, capacités à remplir un dossier administratif seul...)*

**Capacités et / ou difficultés à gérer un budget :** *(identifier les dépenses, gérer ses ressources, épargne, mettre en place des moyens de paiement...)*

**Capacités et / ou difficultés à solliciter de l'aide :** *(identifier des personnes ressources, présence d'un réseau amical, familial, autre...)*

**Adhésion à l'accompagnement (en cours et sollicité) :**

---

## / ACCOMPAGNEMENTS SOLLICITÉS

### Estimation des besoins d'accompagnement en durée :

3 mois

6 mois

9 mois

12 mois

### Intensité d'accompagnement préconisée :

**Simple** (1 rencontre à domicile et 1 contact téléphonique par mois)

**Soutenue** (2 rencontres, dont au moins 1 à domicile et 2 contacts téléphoniques par mois)

**Renforcée** (1 rencontre hebdomadaire dont au moins 2 à domicile par mois)

---

## / BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT IDENTIFIÉS

Installation dans un logement

Vie quotidienne

Insertion professionnelle

Mobilité

La santé

La gestion Budgétaire

L'accès aux droits/démarches administratives

L'accès au numérique

L'accès aux loisirs, sport et à la culture

L'apprentissage de la langue française

Renforcer les savoirs de base

---

## / LISTE DES JUSTIFICATIFS A FOURNIR

Carte d'identité

Titre de séjour ou récépissé (le cas échéant)

Justificatifs de ressources

### Traitement des données à caractère personnel

Les informations recueillies sur ce formulaire sont traitées par le Département d'Indre-et-Loire représenté par son Président, responsable des traitements de données.

Elles sont destinées à instruire votre demande d'accompagnement à l'autonomie par l'accès au logement dans le cadre du dispositif Autonomise-toit !

Base légale du traitement de données :

- Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement

- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

- Plan départemental d'action en faveur de l'hébergement et du logement des personnes défavorisées (PDALHPD) 2018-2023

Les informations recueillies sont destinées aux services du Département dûment habilités à instruire votre demande ainsi qu'aux partenaires extérieurs intervenant strictement dans le cadre de l'instruction de votre dossier à savoir les opérateurs « Habitat Jeunes » présents en Indre-et-Loire.

Les données traitées sont conservées le temps nécessaire à l'accomplissement de l'objectif poursuivi. Elles sont ensuite supprimées ou archivées conformément au livre II du code du Patrimoine. Elles peuvent également faire l'objet d'un processus d'anonymisation en vue de produire des statistiques.

Conformément au cadre juridique en vigueur, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation des informations qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement ou demander l'effacement de vos données, sauf si ces droits ont été écartés par une disposition législative.



## Traitement des données à caractère personnel (suite)

Toute demande d'accès doit être adressée au délégué à la protection des données du Département :

**Conseil départemental d'Indre-et-Loire / Délégué à la protection des données**

Place de la Préfecture

37927 Tours cedex 9

Contact : [dpo@departement-touraine.fr](mailto:dpo@departement-touraine.fr)

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de :

**Commission nationale informatique et libertés**

3 place de Fontenoy TSA 80715

75334 Paris cedex 7

[www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

Fait à

le

**Le Demandeur**

**Le Prescripteur**

**La Demande d'accompagnement et les pièces justificatives sont à retourner  
au Conseil départemental d'Indre-et-Loire**

**PAR COURRIER**

Conseil départemental d'Indre-et-Loire  
Service logement - Place de la Préfecture  
37927 Tours Cedex 9

**PAR MAIL**

[autonomisetoit@departement-touraine.fr](mailto:autonomisetoit@departement-touraine.fr)