



IHP L'Espoir ASBL
Rue de Gembloux, 179
5002 Saint Servais

Tél. 081.58.81.43
Fax 081.63.56.63

www.ihp-espoir.be
ihp.espoir@skynet.be

.....

Madame, Monsieur,

Nous attirons votre attention sur l'importance du questionnaire ci-joint qui doit obligatoirement être accompagné d'un rapport médical.

L'objectif de ce document est de mieux définir vos besoins, vos projets et vous aider à réaliser ceux-ci.

Nous vous remercions de compléter ce dossier avec franchise et précision.

Nous restons à votre disposition pour toute aide éventuelle.

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

Pour l'Espoir,

Bernadette RIGATTI
Coordinatrice IHP

1. Présentation de la personne candidate

1.1 Renseignements administratifs généraux

 **Veillez joindre une photocopie recto-verso de votre carte d'identité.**

Nom : Sexe (cochez la case appropriée)
Prénom : Féminin
Lieu et date de naissance : Masculin
Adresse :
Téléphone :
G.S.M. :

Médecin généraliste (nom, adresse, tél.) :
.....
.....

Psychiatre traitant (nom, adresse, tél.) :
.....
.....

Si la personne candidate provient d'une autre structure :

Nom de la structure : Service :
Adresse :
Téléphone :
Personne de contact :

! N'oubliez pas d'indiquer un numéro de téléphone où il est possible de joindre le candidat si celui-ci est hors de la structure !

1.2 Statut juridique de la personne candidate

 *Veillez joindre une copie de l'ordonnance de jugement*

Aucune mesure

Mesure de mise sous protection de la personne

- Ordonnée par le juge :
- De :
- En date du :
- Date de fin :

Mesure de mise sous protection des biens

- Ordonnée par le juge :
- De :
- En date du :
- Date de fin :

Administrateur provisoire :

Adresse :

Téléphone :

Mise sous minorité prolongée

- Ordonnée par le juge :
- De :
- En date du :

2. Avantages sociaux

 **Attention, veuillez joindre une copie de la notification de décision ou du récépissé de demande éventuelle.**

Cochez les avantages sociaux dont la personne candidate bénéficie :

Mutuelle

Organisme :

Dénomination et adresse :

N° d'inscription :

La personne candidate bénéficie-t-elle d'indemnités ?

Non

Oui, de quel montant ?

Collez ici une vignette

Chômage

La personne est-elle en droit de bénéficier d'allocations de chômage ?

Non

Oui Référence de l'organisme de paiement :

Remarques :

Pension de retraite ou de survie

La personne bénéficie-t-elle d'une pension de retraite ou de survie ?

Non

Oui De quel type ? :

De quelle caisse ? :

N° de dossier ? :

De quel montant ? :

Une demande a-t-elle été introduite ? Non

Oui Date d'introduction :/..../....

Référence de la caisse de pension :

.....

.....

CPAS

Une demande d'aide (minimex ou autre) a-t-elle été introduite ?

- Non
- Oui A quelle date :
- Décision du conseil :
- Adresse du CPAS compétent :
- Assistante sociale à contacter éventuellement :

AWIPH

N° d'inscription :

Bureau provincial de :

☞ Attention, veuillez joindre la copie de la notification de décision relative au processus de reclassement professionnel préconisé par l'administration de l'AWIPH.

Autre(s) allocations

Dénomination(s) et adresse(s) de l' (des) organismes	Type(s) et montant(s)

3. Récapitulatif des charges

A définir exhaustivement et de manière la plus précise (dettes, pension alimentaire, loyer(s), coût mensuel approximation de la médication, etc.)

Dettes	
Pension alimentaire	
Loyer(s)	
Coût de la médication	
Autre(s)	

4. Relations familiales et sociales (à remplir par la personne candidate)

	Nom ; Prénoms	Date de naissance (ou âge approximatif)	Adresse et téléphone
Conjoint(s)			
Enfants			
Parent(s)			
Autres familles (fratrie, ...)			

Suite Autres familles (fratrie, ...)			
Autres relations (amis, club de loisirs, etc.)			

Remarques éventuelles concernant les relations de la personne candidate (projets du conjoint ou couple ; relations avec enfant(s), membre(s) de la famille ; etc.) :

Relations, rencontres à éviter :

5. Passé scolaire, professionnel et/ou occupationnel

5.1 Aptitudes générales

Niveau de scolarité terminé :

- Aucun
- Primaire
- Secondaire inférieur (général/technique/professionnel) (entourez le type d'enseignement suivi)
- Secondaire supérieur (général/technique/professionnel) (entourez le type d'enseignement suivi)
- Enseignement supérieur
- Enseignement universitaire

5.2 Emploi actuel et/ou passé professionnel

Employeur(s)	Type d'emploi	Durée et type de contrat	Remarques

6. Auto-évaluation

Domaines	Mauvais	Moyen	Bon	Objectifs
1. Hygiène corporelle				
2. Entretien d'un logement et milieu de vie				
3. Comportement en petit groupe				
4. Capacités à résoudre un problème				
5. Attitude(s) face aux règles sociales et de vie en communauté				
6. Comportement face à l'alcool et à la drogue				
7. Mobilité et déplacement				
8. Gestion des temps libres				
9. Comportement face aux médicaments				
10. Capacité à gérer un budget				
11. Autre				

7. INFORMATIONS MÉDICALES

Veillez joindre un rapport médical du psychiatre traitant

7.1 Traitements actuels

Nom du médicament	Matin	Midi	Après-midi/Soir	Coucher
Psychotrope(s)				
Somatique(s)				

Date de la dernière injection :/..../....

7.2 Comment décrivez-vous votre (vos) problème(s) actuel(s) ?

7.3 Avez-vous des informations que vous estimez importantes de nous transmettre ?

Rappel

**N'oubliez pas de nous faire parvenir
un rapport médical du psychiatre traitant**

Fait à :

Date :

Signature :