



Formulaire de référence
Service de soutien à l'intégration en logement

Nom: _____ **Prénom:** _____ **DDN:** ___ / ___ / ___

Adresse: _____ **App.** _____ **Depuis:** _____
_____ **Téléphone:** _____

Équipe traitante :

Gestionnaire de cas : _____ **Famille d'accueil (RI, RTF) :** _____

Psychiatre : _____ **Intervenant-Ressource :** _____

Est-ce que la personne a vécue en logement de manière autonome?

- Oui* *Quand:* _____
 Combien de temps: _____
- Non*
Difficultés vécues: _____

Bref historique de la personne :

Objectifs du suivi:

Limites actuelles ou à prévoir dans la démarche :

Facteurs favorables à cette démarche :

