



MISSION D'APPUI P.A.S.S DE BERNAY

NOM	PRENOM	NOM DE JEUNE FILLE
ADRESSE		
N° DE TELEPHONE		SEXE
DATE DE NAISSANCE		AGE
LIEU DE NAISSANCE (Pays)		
NUMERO DE SECURITE SOCIALE		N° ALLOCATAIRE CAF
EN COUPLE <input type="checkbox"/>	CELIBATAIRE <input type="checkbox"/>	SEPRE/DIVORCE <input type="checkbox"/>
		VEUVAGE <input type="checkbox"/>

NOM	PRENOM	NOM DE JEUNE FILLE
ADRESSE		
N° DE TELEPHONE		SEXE
DATE DE NAISSANCE		AGE
LIEU DE NAISSANCE (Pays)		
NUMERO DE SECURITE SOCIALE		N° ALLOCATAIRE CAF

ENFANT(S)

NOM	PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	SITUATION

ADRESSE(E) PAR

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Initiative pers./ entourage | <input type="checkbox"/> Hôpital | <input type="checkbox"/> Services de la ville | <input type="checkbox"/> Services du CD |
| <input type="checkbox"/> Structures d'hébergement | <input type="checkbox"/> Association : | <input type="checkbox"/> SPIP | <input type="checkbox"/> CPAM |
| <input type="checkbox"/> Autres partenaires | | | |

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

	<i>Situation au démarrage de l'accompagnement</i>
<i>Papier d'identité</i>	CNI valide <input type="checkbox"/> à renouveler <input type="checkbox"/> à faire <input type="checkbox"/> Passeport valide <input type="checkbox"/> à faire <input type="checkbox"/> Titre de séjour déposé <input type="checkbox"/> valide <input type="checkbox"/> Type : Validité :/...../.....
<i>Couverture de base</i>	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Carte vitale <input type="checkbox"/> à faire <input type="checkbox"/> PUMA <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> De droit commun <input type="checkbox"/> Carte EU
<i>Couverture complémentaire</i>	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> CMU C <input type="checkbox"/> Mutuelle/ACS <input type="checkbox"/> Couverture Santé Solidaire <input type="checkbox"/> ALD
<i>Hébergement</i>	<input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Famille, Ami <input type="checkbox"/> Foyer <input type="checkbox"/> Hôtel <input type="checkbox"/> Sans => Domiciliation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à faire
<i>Nature des ressources</i>	<input type="checkbox"/> Sans ressource <input type="checkbox"/> ARE <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Invalidité / Rente AT <input type="checkbox"/> IJSS <input type="checkbox"/> Alloc Familiales <input type="checkbox"/> Rémunération Stage / Garantie jeune <input type="checkbox"/> Salaire <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Autres :
<i>CAF</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à faire N° allocataire.....
<i>Pôle Emploi</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à faire Identifiant
<i>Mission Locale</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à faire Conseiller
<i>Impôts (déclaration)</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à faire
<i>Compte bancaire</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> à faire
<i>Mobilité</i>	Permis B <input type="checkbox"/> permis AM <input type="checkbox"/> véhicule <input type="checkbox"/> assurance <input type="checkbox"/> transports en commun <input type="checkbox"/>

ACCOMPAGNANTS : professionnels et entourage mobilisables

NOM	Prénom	Coordonnées

BUDGET MENSUEL

Ressources mensuelles	Charges mensuelles
	Loyer / redevance
	Prêt accession
	Energie : Electricité Gaz Fuel
	Eau
	Assurance voiture
	Assurance habitation / resp. civile
	Mutuelle
	Pension alimentaire
	Dossier de surendettement / échéanciers
	Frais de garde
	Cantine
	Dettes
Epargne :	Autre :

Dossier de surendettement oui non à faire à redéposer

Intervention / accompagnement

Date	Observations