**Rapport sur le logement**

1. Feuille de coordonnées
   1. Fournisseur de prestations

|  |  |
| --- | --- |
| **Fournisseur de prestations** |  |
| **Interlocuteur compétent**  **Fonction** |  |
|  |  |

* 1. Personne assurée

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom / Prénom** |  |  |
| **Numéro d'assuré** | 756. | |
| **Numéro de communication** |  | |

* 1. Remise du rapport

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapport à l'attention de** |  | |
| **Interlocuteur compétent**  **Fonction** |  | |
| **Période sous revue** | de | à |
| **Forme du rapport** | --- Faire une sélection --- | |

* 1. Annexes en général

|  |  |
| --- | --- |
| Oui / suivantes: | Non |
|  | |
|  | |
|  | |

1. Déroulement et atteinte des objectifs
   1. Description succincte du déroulement et de la situation actuelle

* 1. Atteinte des objectifs individuels (nombre indéfini)

|  |
| --- |
| **Objectif 1** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |
| **Objectif 2** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |
| **Objectif 3** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |
| **Objectif 4** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |
| **Objectif 5** |
|  |
| **Evaluation:** |
|  |

1. Evaluation pratique des performances
   1. Logement financé par l’AI pendant la mesure

| **Forme de logement actuelle:** | | |
| --- | --- | --- |
| Logement 1   (prise en charge intensive) | Logement 2  (prise en charge normale) | Logement 3   (dans un logement décentralisé) |
|  | | |

| Barème pour la forme de logement  (en référence aux capacités en matière d’autonomie de logement) | |
| --- | --- |
| **A** | **supérieur à la moyenne, excellent** |
| **B** | **moyen, normal** |
| **C** | **limité** |
| **D** | **très limité** |

|  | **A** | **B** | **C** | **D** |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thème:** |  |  |  |  | **Justification**  **(obligatoire pour A, C, D)** |
| **Soins de base**  Soins corporels, hygiène bucco-dentaire, attention à l’apparence extérieure et à la santé, rythme du sommeil, etc. |  |  |  |  |  |
| **Soins de santé complémentaires**  Gestion des médicaments, gestion des moyens auxiliaires, alimentation spéciale, etc. |  |  |  |  |  |
| **Mobilité**  Déplacement, orientation, utilisation des TP, gestion des règles de la circulation, etc. |  |  |  |  |  |
| **Alimentation / restauration**  Courses, gestion des denrées alimentaires, préparation des repas, etc. |  |  |  |  |  |
| **Vie domestique**  Propreté et rangement, approvisionnement en linge, confort, etc. |  |  |  |  |  |
| **Gestion de l’argent**  Connaît l’argent et sa valeur, comportement de consommation, épargne, etc. |  |  |  |  |  |
| **Communication / médias**  Possibilités de conversation, gestion des médias électroniques, etc. |  |  |  |  |  |
| **Loisirs**  Concrétisation des centres d’intérêts, comportement en matière de sorties, respect des règles / accords, etc. |  |  |  |  |  |
| **Compétence personnelle**  Ponctualité, structuration, rythme diurne / nocturne, flexibilité, sens de l’initiative, auto-évaluation, capacité de décision, etc. |  |  |  |  |  |
| **Compétence sociale**  Capacités de contact et d’adaptation, gestion des relations, proximité-distance, manières, amitiés, etc. |  |  |  |  |  |
| **Capacité à être dirigé et à recevoir les critiques**  Gestion des instructions et / ou de la critique constructive, tolérance à l’échec, volonté d’apprendre, etc. |  |  |  |  |  |

1. Suite de la procédure
   1. Recommandations

|  |
| --- |
|  |

* 1. Recommandation concernant la forme de logement à poursuivre

| Logement 1   (prise en charge intensive) | Logement 2  (prise en charge normale) | Logement 3   (dans un logement décentralisé) |
| --- | --- | --- |
| Logement 4   (Coaching pour le logement) | |  |

* 1. Planification supplémentaire

|  |
| --- |
|  |

1. Signature

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu / Date |  |
| Signature des personnes responsables |  |