**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 |       |