

## DOSSIER DE CANDIDATURE

### CSAPA LE HAUT DES FRETS

10 Le haut des frêts  
88430 Gerbépal  
Tél. : 03.29.50.68.28

admission@csapa-hdf.fr

#### Modalités de candidature

Pour postuler au CSAPA Le Haut des Frêts, vous devez être inscrit dans une démarche de soins. Nous vous demandons une lettre de motivation écrite ainsi que le renseignement du dossier administratif ci-après rempli par vos soins.

Si vous êtes accompagné ou orienté par une structure, un rapport social sera un atout pour l'étude de votre demande.

Lors de l'envoi du dossier, vous devrez envoyer une copie de votre dernière ordonnance avec l'ensemble des traitements, qu'ils concernent l'addiction ou pas.

A réception du dossier complet, le responsable des admissions en prendra connaissance et le traitera dans un délai maximum de 15 jours. Une réponse vous sera systématiquement envoyée par voie postale ou par mail.

A réception de cette réponse, si elle est positive, cela signifie que vous êtes inscrit sur liste d'attente. Pour poursuivre la démarche, vous devrez prendre contact avec le responsable des admissions par téléphone le mardi entre 14h et 17h.

#### Recueil de consentement

*Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) vise à remplacer la directive européenne de 1995 sur la protection des données à caractère personnel (95/46/CE), par une législation unique, afin de mettre fin à la fragmentation juridique actuelle entre les États membres.*

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé et papier par le responsable du traitement des données pour constituer votre dossier d'admission.

Elles sont conservées pendant 5 ans et sont destinées à notre usage interne et celui du médecin référent de la structure.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant par courrier : Monsieur le responsable du traitement des données  
- 10 le Haut des Frêts - 88430 GERBEPAL.

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

## DOSSIER DE CANDIDATURE

### INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Genre :  Masculin  Feminin  Autre

Adresse de domiciliation : \_\_\_\_\_

Adresse du lieu de vie si différente : \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Pièce d'identité :  A jour  En cours  A refaire

Couverture sociale :  A jour  En cours  A refaire

Complémentaire santé /CSS :  A jour  En cours  A refaire

Mesure de protection (curatelle, tutelle, ...):  Oui  Non  En cours

Si oui : Organisme \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone et nom de la personne de contact référente : \_\_\_\_\_

Mesure judiciaire en cours en lien avec la demande :  Oui  Non

Ressources financières : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE DEMANDE DE SOINS

Depuis combien de temps vous considérez-vous comme addict ? \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps demandez-vous de l'aide ou de l'accompagnement ? \_\_\_\_\_

Comment en êtes-vous venu à envisager cette demande de soins ? \_\_\_\_\_

Qu'attendez-vous de votre séjour au HDF ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà effectué des séjours en post-cure ?  Oui  Non

Si oui, où et date de la dernière : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà effectué des sevrage (cures) ?  Oui  Non

Si oui, où et date du dernier : \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres problèmes de santé ? \_\_\_\_\_

Avez-vous un traitement de substitution ?  Oui  Non

Si oui, avez-vous l'intention de :  Maintenir  Diminuer  Arrêter  Sans avis

Avez-vous un suivi psychologique en cours ?  Oui  Non

Avez-vous des projets après votre séjour au HDF ? \_\_\_\_\_

Comment envisagez-vous de financer votre déplacement aller-retour au centre ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été aidé pour remplir ce questionnaire ?  Oui  Non

Comment avez-vous connu notre CSAPA ? \_\_\_\_\_