

Dossier unique de demande d'admission Adulte

INFORMATIONS IMPORTANTES

Ce dossier va nous permettre de mieux vous connaître et d'étudier votre demande d'admission dans un établissement ou service.

Vous n'êtes pas obligés de renseigner tous les éléments de ce formulaire

Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire.

Vous pouvez le photocopier et le transmettre aux établissements et services en lien avec vos besoins

1-Volet Administratif 2-Les habitudes de vie et vos besoins 3-Eléments de votre projet de vie

Type d'établissements ou services indiqués sur la notification de la CDAPH:

FO	<input type="checkbox"/>	FH	<input type="checkbox"/>
FAM	<input type="checkbox"/>	MAS	<input type="checkbox"/>
ESAT	<input type="checkbox"/>	CRP	<input type="checkbox"/>
SAMSAH	<input type="checkbox"/>	SAVS	<input type="checkbox"/>
AUTRES	<input type="checkbox"/>		

N° dossier MDPH indiqué sur la notification :

1-Volet administratif 2-Les habitudes de vie et vos besoins 3-Eléments de votre projet de vie

- Etat civil

Nom de famille (de naissance) :

Prénom(s) :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

N° voie, rue :

Code postal :

Commune/ville :

Pays ou département :

Mail :@.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Situation familiale :

En couple

Célibataire

Vit seul

Enfants : Oui

Non

Résidence/Domicile actuel :

A domicile

Hospitalisé

En établissement

Autres

- Mesure de protection

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ?

Oui

Non

En cours

Si oui, laquelle :

Mesure accompagnement social personnalisé

Sauvegarde de justice

Tutelle

Habilitation familiale

Curatelle simple

Curatelle renforcée

Mandat de protection future

Mesure accompagnement judiciaire

Nom et coordonnées du mandataire :

Nom du référent :

Adresse :

Téléphone :

Mail :@.....

- Bénéficiez-vous d'une prestation liée à votre situation de handicap (exemples : AAH, PCH) ?

Oui

Non

En cours

Si oui lesquels ?

- Allocation aux Adultes Handicapé Oui Non En cours

- Prestation de compensation du handicap Oui Non En cours

Si oui, volet aide humaine Oui Non En cours

- Parcours antérieurs

Avez-vous déjà été accueilli dans un établissement ou accompagné par un service ?

Oui

Non

Si oui lesquels ?

Nom et type de structure	Lieu	Période	Externat/ internat

Quelles sont vos expériences professionnelles ?

Nom et type de structure	Lieu	Période – date (Ex : du 01/01/18 au 12/08/18)

J'accepte que l'établissement ou le service sollicité contacte les structures citées ci-dessus :

Oui Non

- Commentaires éventuels :

.....
.....
.....

- Médecin traitant habituel

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :@.....

J'accepte que l'établissement ou le service contacte mon médecin traitant :

Oui Non

- Avez-vous besoin d'aide pour communiquer ?

Oui Non

- Communiquez-vous oralement ? : Oui Non

- Communiquez-vous par gestes ? : Oui Non

- Autres modes de communication (ex : pictos...) : Oui Non

- Lecture acquise ? : Oui Non

- Ecriture acquise ? : Oui Non

- Avez-vous besoin d'aide pour votre autonomie quotidienne (se laver, s'habiller....) :

Oui Non

Si oui:

Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements Oui Non

Pour aller faire les courses Oui Non

Pour préparer les repas Oui Non

Pour prendre les repas Oui Non

Si oui, précisez :

Mange seul Oui Non

Besoin d'un repas adapté Oui Non

- Avez-vous des besoins en suivi spécifique ? :

Suivis médico-paramédicaux	Oui	Non	Fréquence
Psychologie			
Psychiatrie			
Ergothérapie			
Kinésithérapie			
Orthophonie			
Psychomotricité			
Infirmier			
Autres (dentiste, gynécologie...)			

- Avez-vous besoin d'aide pour vos déplacements ?
Oui Non

Si oui :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Utilisez-vous un appareillage particulier ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Utilisez-vous une aide technique | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Utilisez-vous un fauteuil roulant | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

- Vous repérez-vous aisément dans votre environnement (Maison / quartier) Oui Non

- Prenez vous les transports en commun ? Oui Non
- Avez-vous un permis de conduire ? Oui Non
- Avez-vous un moyen de locomotion (voiture, deux roues...) ? Oui Non

- Avez-vous besoin d'aide pour organiser ou pratiquer des loisirs ? :
Oui Non

1-Volet administratif 2-Les habitudes de vie et vos besoins **3-Éléments de votre projet de vie**

- Avez-vous des centres d'intérêts particuliers pour vos loisirs?
Oui Non

Si oui précisez ? :

.....

- Pour une demande auprès d'un ESAT ou d'un CRP, quelle activité professionnelle souhaiteriez vous exercer?

Précisez :

.....

- Souhaitez-vous exprimer des attentes particulières ? :

.....

Votre signature :

Signature

Date :

Personne qui a renseigné le dossier en qualité de : (parents, travailleur social, tuteur...)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
.....
.....
.....

Signature

Date :

Pièces à fournir (photocopie)

- Notification MDPH
- Carte d'identité
- Eventuellement éléments médicaux à remettre sous pli confidentiel

Je (nous) soussigné (e) (s) :

NOM..... Prénom.....

Adresse

Si besoin, le représentant (s) légal (légaux) de:

NOM..... Prénom.....

Donne (donnons) l'autorisation à l'établissement ou service sollicité de recueillir et de conserver, durant la période prévue par la loi, des données personnelles me concernant, ceci dans le but de constituer mon (son) dossier personnel, mon (son) parcours de soin et ainsi optimiser ma (sa) prise en charge.

Je (nous) conserve (ons), cependant sur les éléments fournis à l'établissement ou service un droit d'accès, de rectification, d'opposition à ces données, d'effacement de données qui s'avèrent inutiles, de limitation et de portabilité.

Date :

Votre Signature

ou vos représentants légaux