

Dossier unique de demande d'admission en établissement et service pour personne en situation de handicap

Important :

Ce document restera confidentiel. En cas d'admission impossible au sein d'un Établissement ou d'un Service Médico-Social, ce dossier, sur votre demande, vous sera retourné dans son intégralité et à défaut, il sera détruit dans un délai de 2 mois. Nous attirons votre attention sur le fait que son dépôt ne vaut pas admission. L'établissement ou service sollicité s'engage à vous apporter une réponse écrite dans les meilleurs délais.

Le dossier unique de demande d'admission en établissement et service pour personne en situation de handicap vise à simplifier le processus d'admission: **le dossier est ainsi à remplir une seule fois quel que soit le nombre d'établissements que vous sollicitez.**

Ce dossier est renseigné de la manière la plus complète possible par le demandeur ou toute personne habilitée à le faire (parents, tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux...). En cas de besoin, vous pouvez contacter la MDPH ou le (ou les) établissement(s) que vous sollicitez pour admission.

S O M M A I R E

1 Type d'accueil(s) souhaité(s)

2 Identification de la personne concernée par la demande

3 Accompagnement(s) actuel(s)

4 Évaluation de l'autonomie

5 Vos projets

1. Type d'accueil(s) souhaité(s)

1. Décision(s) d'orientation MDPH

ENFANT	ADULTE
<input type="checkbox"/> Institut Médico Éducatif (IME)	<input type="checkbox"/> Foyer de vie/ Foyer occupationnel
<input type="checkbox"/> Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)	<input type="checkbox"/> Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)
<input type="checkbox"/> Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP)	<input type="checkbox"/> Maison d'Accueil Spécialisé (MAS)
<input type="checkbox"/> Établissements pour Enfants Polyhandicapés (EEP)	<input type="checkbox"/> Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)
<input type="checkbox"/> Institut d'Éducation Motrice (IEM)	<input type="checkbox"/> Foyer d'hébergement
<input type="checkbox"/> Institut d'Éducation Sensorielle (IEN : auditif, visuel)	<input type="checkbox"/> Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)
<input type="checkbox"/> Autres (Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE)...)	<input type="checkbox"/> Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)
	<input type="checkbox"/> Autres (Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE)...)

(Joindre la notification MDPH)

Département :

2. Modalités d'accueil sollicitées

- Accueil Temporaire**
- Accueil Permanent**
- Semi-internat/
Accueil de jour Internat Internat modulé
- Accueil de jour / Semi - internat**
- Accompagnement d'un service médico-social sur les lieux de vie**

2. Identification de la personne concernée par la demande (enfant ou adulte)

1. État civil

- **Identité :**

Nom de naissance : _____

Nom d'épouse ou d'usage : _____

Prénom : _____

Sexe : Masculin Féminin

Situation maritale : Célibataire Marié Pacsé En concubinage Veuf
Divorcé

Nombre d'enfants : _____

Nationalité : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____

Lieu de naissance : Commune/ Code postale : _____

Pays : _____

- **Adresse :**

Complément d'adresse (si besoin préciser le nom de la personne qui vous héberge ou de l'établissement qui vous accueille) : _____

Adresse (numéro et rue) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Adresse mail : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Nom de l'assuré : _____

2. Pour les mineurs : Autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle

➤ Autorité parentale :

Parent 1 :

Parent 2 :

Nom /Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Adresse mail : _____

➤ Une mesure de protection est-elle mise en place ? Oui Non En cours

↪ Si « Oui », s'agit-il d'une mesure:

AED (Mesure d'Action Éducative à Domicile)

AEMO (Mesure d'Action Éducative en Milieu Ouvert)

MJIE (Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative)

APJM (Accueil Provisoire Jeune Majeur)

Mesure de placement (à préciser MECS, tiers de confiance, famille d'accueil):

À noter : En cas de séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale

3. Pour les majeurs : Si bénéficiaire d'une mesure de protection juridique

Curatelle renforcée

Sauvegarde de justice

Curatelle simple

Tutelle : Famille État

Nom de l'organisme (si pertinent) : _____

Nom de la personne : _____

N° et rue : _____ Code postal : _____ Commune : _____

Complément d'adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

4. Personne à contacter dans le cadre de l'admission

Vous-même

Si autres (parent, tuteur, ...) précisez : _____

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Commune : _____
- Code postal : _____
- Téléphone fixe : _____
- Téléphone portable : _____
- E-mail : _____
- Comment préférez-vous être contacté ? Mail Téléphone

3. Accompagnement(s) actuel(s)

1. Pour les mineurs :

Plusieurs réponses possibles :

Scolarisé en milieu ordinaire :
Préciser établissement, la classe... : _____

À temps plein À temps partiel

Formation professionnelle :
Préciser : _____

Accompagné par un établissement
ou un service médico-social (IME,
SESSAD,...):
Préciser : _____

Autre, à préciser :

Sans aucune prise en charge

Prise en charge en établissement sanitaire :
Préciser : _____

- Nom de l'enseignant référent pour la scolarisation des enfants en situation de handicap : _____

- Etablissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle :

Adresse :

N° de téléphone : _____

E-mail : _____

Date d'entrée dans l'établissement/service (MM/AAAA) : _____

2. Pour les majeurs :

- **Activité professionnelles** (plusieurs réponses possibles) :

- Exerce une activité professionnelle
À temps plein À temps partiel
- En recherche active d'activité professionnelle
- En formation professionnelle
- Sans activité professionnelle

- **Accompagnement médico-social** (plusieurs réponses possibles) :

- Accompagné par un établissement ou un service médico-social (FAS, SAVS,...):
Médico-social : _____
Préciser : _____
- Prise en charge en établissement sanitaire :
Préciser : _____

- Sans aucune prise en charge
- Autre, à préciser :

- **Etablissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle :**

Adresse :

N° de téléphone : _____

E-mail : _____

Établissement fréquenté :

Date d'entrée dans l'établissement/service (MM/AAAA) : _____

4. Évaluation de l'autonomie

«A» : activité réalisée seul, sans aide humaine et sans difficulté.

«B» : activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle.

«C» : activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière.

«D» : activité non réalisée.

	ACTIVITÉS	A	B	C	D	COMMENTAIRES/ REMARQUES (obstacles ou facilitateurs)
Tâches et exigences générales, relation avec autrui	S'orienter dans le temps					<i>(La personne concernée peut-elle rester seule dans un environnement connu ? Nécessite-t-elle une surveillance ? Les activités de groupe sont-elles envisageables ? Une vigilance particulière est-elle nécessaire lors de certaines activités ?)</i>
	S'orienter dans l'espace					
	Fixer son attention					
	Mémoriser					
	Prendre des initiatives					
	Gérer sa sécurité (savoir éviter le danger)					
	Respecter les règles de vie					
	Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui					
Mobilité, manipulation	Se mettre debout					
	Faire ses transferts (ex : passer du lit au fauteuil)					
	Marcher					
	Se déplacer au sein de l'établissement et à l'extérieur					
	Utiliser les transports en commun					
	Utiliser des escaliers					
	Avoir des activités de motricité fine					
Entretien personnel	Prendre soin de son corps (toilette)					
	Assurer l'élimination/ utiliser les toilettes					
	S'habiller/se déshabiller (en tenant compte des circonstances)					
	Manger/ boire					
	Prendre soin de sa santé (suivi de traitement, exprimer la douleur ...)					
	Assurer son hygiène alimentaire					
Communication	Parler					
	Entendre (percevoir les sons et comprendre)					
	Voir (distinguer et identifier)					
	Utiliser des appareils et techniques de communication non verbales					
	Comprendre une phrase simple					
	Mener une conversation					

	ACTIVITÉS	A	B	C	D	COMMENTAIRES/ REMARQUES (obstacles ou facilitateurs)
Application des connaissances et apprentissages	Lire et comprendre					<i>Peut écrire seul, recopier un modèle ? Maîtrise les opérations (addition, soustraction,....)?</i>
	Écrire					
	Calculer					
	Acquérir un savoir faire					
	Appliquer un savoir faire					
Vie domestique et vie courante	Faire ses courses					
	Préparer un repas simple					
	Faire son ménage					
	Entretenir son linge et ses vêtements					
	Gérer son argent					
	Faire des démarches administratives					
	Vivre seul dans un logement indépendant					
Taches et exigences en relation avec la scolarité et la formation initiale	Apprendre à lire, écrire, calculer					
	Apprendre des techniques de communication					
	Apprendre les règles sociales de base					
	S'adapter à la vie scolaire					
	Travailler en groupe					
	Respecter les règles scolaires					
	Utiliser du matériel adapté à son handicap					
Taches et exigences relatives à une activité pédagogique ou professionnelle	Être ponctuel, assidu					<i>Utiliser des outils, s'exposer aux intempéries, assumer des modifications d'horaires, travailler en milieu bruyant,...</i>
	Organiser son travail, contrôler son travail					
	Accepter et suivre des consignes					
	Exercer des taches dans des conditions particulières					
	Exercer des taches physiques (soulever des charges, travailler en hauteur,...)					
	Conduire un véhicule à moteur					

«A» : activité réalisée seul, sans aide humaine et sans difficulté.

«C» : activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière.

«B» : activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle

«D» : activité non réalisée

5. Vos attentes, projets, souhaits, (informations complémentaires...)

Vous pouvez par exemple décrire ici le déroulement d'une journée type, vos loisirs favoris, vos différents suivis médicaux,... ou toute autre remarque :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le fait de remplir ce document ne constitue pas un engagement, ni pour vous, ni pour l'établissement. Des pièces complémentaires sont susceptibles d'être demandées.

- Document rempli par :

- Date :

- Signature du demandeur et / ou du représentant légal :