

Dossier de candidature
à l'admission en établissement pour personnes handicapées
Renseignements administratifs

TYPE D'ACCUEIL SOUHAITÉ :

Décision d'orientation MDPH : FAS FAM MAS ESAT FESAT SAVS
(Joindre le justificatif)

Département : N° de Dossier :

Accueil Temporaire Accueil de Jour Accueil Permanent Accueil Semaine

1. ETAT CIVIL :

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu :

▪ **Situation de famille :**

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e)

Veuf (ve) Pacsé(e) Vie maritale

Nombre d'enfants :

Année(s) de naissance des enfants :/...../...../.....

Votre adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Adresse email :

Logement : Indépendant Familial

Etablissement et lequel ?.....

Dernier domicile avant l'accueil en établissement :

Commune :Département :

Autres : (préciser).....

2. MESURES DE PROTECTION :

Non :

Oui et laquelle :

En cours et date du dépôt de la demande :

(Joindre copie du récépissé de la demande)

Tuteur (ou Curateur)

Nom :

Organisme éventuel :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : // // // // // // // //

Commentaires :

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

Important :

Ce document restera confidentiel.. Il vous sera retourné dans son intégralité si nous ne pouvons donner une suite favorable à votre demande.

QUESTIONNAIRE D'AUTONOMIE SOCIALE

Nous vous demandons de compléter ce questionnaire le plus précisément possible.
Ces informations sont importantes dans le cadre de votre accueil.

Nom : Prénom :

✓ Déplacements :

Utilisez-vous ?

	Intérieur	Extérieur
Une ou des cannes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : (aides techniques,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Distance maximum de déplacement à pied :

Pouvez-vous monter ou descendre seul les marches d'escalier ?

Oui Non

Si vous êtes en fauteuil, faites-vous seul(e) vos transferts (passages du lit au fauteuil ...) ?

Oui Non

Quel est votre moyen de transport habituel ?

Véhicule personnel Transports en commun : Bus de ville
 Train
 Transport adapté

Avez-vous besoin d'un accompagnement dans vos déplacements ?

Oui Non

Pouvez-vous vous déplacer seul sans vous mettre en danger ?

Oui Non

✓ **Vie quotidienne :**

Avez-vous besoin d'une aide, même partielle pour :

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Votre toilette | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Votre habillage | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Vous rendre aux toilettes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Prendre vos médicaments | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Préparer vos repas | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Prendre vos repas | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Autres ? (précisez)
.....
.....
.....

Gérez-vous seul(e) vos horaires :

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Du lever | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Du coucher | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Des repas | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| De vos différents rendez-vous | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Savez vous effectuer seul les tâches ménagères (vaisselle, ménage, entretien du linge....) ?

- Oui Non
- Certaines

Autres besoins concernant votre vie quotidienne que vous souhaiteriez préciser :

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

Faites-vous appel à un service d'aide à domicile ou de soins à domicile ?

- Oui Non

Acceptez-vous la vie en collectivité ?

- Oui Non

✓ **Vos projets :**

Quels sont les motifs de votre demande d'accueil dans l'établissement ?

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

Merci de votre collaboration

Le fait de remplir ce document ne constitue pas un engagement, ni pour vous, ni pour l'établissement.
En cas d'accord d'admission, des pièces complémentaires vous seront demandées.

Document rempli par

Date :

Signature du demandeur

Vous faites une demande d'admission, après orientation de la MDPH, auprès d'un ou plusieurs établissements. Afin de faciliter le suivi de votre demande, un logiciel permet l'échange d'informations administratives entre la MDPH et les établissements que vous avez choisis.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès de la MDPH ou des établissements concernés.