



FAM l'Ayguebelle

Foyer d'Accueil Médicalisé

MAS Concorde

Maison d'Accueil Spécialisée

Dossier de candidature

NOM :

Prénom :

Etablissement souhaité :

MAS Concorde

FAM l'Ayguebelle

Hébergement permanent

Hébergement permanent

Hébergement temporaire
(Seulement pour le FAM)

Date d'ouverture du dossier :

(à renseigner par l'établissement à réception du dossier)

IDENTITE

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	Nom d'usage ou d'époux (se) : Nom de naissance : Prénom : Date et lieu de naissance :
<u>Date de la demande :</u> 	

VOLET FAMILIAL ET SOCIAL

Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> PACS/Concubin <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé/Divorcé <input type="checkbox"/> Non précisé Représentant légal (<i>préciser</i>) : Entourage familial existant et/ou aidant (<i>préciser</i>) :
----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VOLET HEBERGEMENT TRANSPORT ET ACTIVITES SOCIO-EDUCATIVES AU SEIN D'UN ETABLISSEMENT

Type d'hébergement actuel	<input type="checkbox"/> Résidence principale à domicile Adresse : ♦ En établissement depuis : ♦ Type d'accueil <input type="checkbox"/> à temps partiel <input type="checkbox"/> à temps complet <input type="checkbox"/> Accueil de Jour (½ internat) <i>Jours/semaine</i> : <input type="checkbox"/> Accueil à temps complet (internat) <input type="checkbox"/> Accueil temporaire (max. 90 jours/an) <input type="checkbox"/> Accueil séquentiel (périodique) ♦ Période hors établissement <input type="checkbox"/> Week-end à domicile (<i>WE/mois</i> :) <input type="checkbox"/> Séjour adapté (<i>nombre de jours/an</i> :) <input type="checkbox"/> Séjours au domicile (<i>nombre de jours /an</i> :)
Moyens de transport pour les sorties à domicile	<input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/> Utilise les transports en commun <input type="checkbox"/> si oui, avec accompagnateur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Utilise un transport sanitaire <input type="checkbox"/> Est transporté dans un véhicule spécialement aménagé autre que le véhicule familial (<i>préciser aménagements</i>) : <input type="checkbox"/> Utilise un transport individuel ordinaire avec chauffeur <input type="checkbox"/> Est accompagné avec le véhicule de la famille <input type="checkbox"/> Utilise un véhicule personnel <input type="checkbox"/> Passager <input type="checkbox"/> Conducteur <input type="checkbox"/> Autre (<i>à préciser</i>) :

VOLET PARCOURS ANTERIEUR

Scolarité	<p>Scolarités suivies (plusieurs réponses possibles)</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais scolarisé</p> <p><input type="checkbox"/> Ecole maternelle</p> <p><input type="checkbox"/> Ecole élémentaire <input type="checkbox"/> Classe ordinaire <input type="checkbox"/> CLIS</p> <p><input type="checkbox"/> Scolarisé en établissement médico-social (IME, IMPRO, ITEP...)</p> <p><input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Classe ordinaire <input type="checkbox"/> ULIS</p> <p><input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Classe ordinaire <input type="checkbox"/> ULIS</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement technique ou professionnel court (<i>CAP, BEP ou équivalent</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement technique ou professionnel long (<i>brevet de technicien, bac pro...</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Université ou études supérieures (<i>y compris technique supérieur</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Non précisé</p>
	<p>Diplômes obtenus <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (<i>Préciser</i>)</p>

Formation	<p>Niveau de formation atteint :</p> <p><input type="checkbox"/> I (> Bac +4) <input type="checkbox"/> II (Bac +3 ou 4) <input type="checkbox"/> III (Bac +2)</p> <p><input type="checkbox"/> IV (Niveau Bac, Bac et Bac +1) <input type="checkbox"/> V (CAP/BEP)</p> <p><input type="checkbox"/> V Bis (Niveau CAP/BEP sans diplôme) <input type="checkbox"/> VI (Sans qualification)</p>
------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Parcours professionnel	<p>Situation par rapport au travail</p> <p><input type="checkbox"/> N'a jamais travaillé (<i>dans ce cas les questions suivantes sont sans objet</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> A déjà travaillé mais ne travaille plus depuis :</p> <p>Motif de l'arrêt :</p> <p>Activité professionnelle antérieure (<i>préciser</i>) :</p> <p><input type="checkbox"/> Milieu ordinaire <input type="checkbox"/> Entreprise Adaptée <input type="checkbox"/> Milieu protégé (ESAT)</p>
-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Date de la demande :	NOM :
	Prénom :

VOLET MEDICAL

Joindre une copie de l'ordonnance en cours

Pathologie à l'origine du handicap	Pathologie principale à l'origine du handicap :
-------------------------------------------	--------------------------------------------------------

Origine de la pathologie principale	<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Vie privée <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Liée à la naissance <input type="checkbox"/> Anomalie chromosomique <input type="checkbox"/> Malformation congénitale <input type="checkbox"/> Complication de la grossesse <input type="checkbox"/> Complication de l'accouchement <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Maladie Professionnelle <input type="checkbox"/> Origine génétique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Origine inconnue
--------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Déficiences	Déficiência principale (1 seule réponse)	Autres déficiences présentes (Plusieurs réponses possibles)
Déficiences	Intellectuelles et cognitives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Du psychisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Du langage et de la parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Visuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Motrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Viscérales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autres (<i>préciser</i>) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas d'impossibilité de déterminer 1 seule déficiencia principale (<i>préciser</i>) :			
<input type="checkbox"/> Sur handicap (<i>déficiência physique ou intellectuelle associée à une déficiencia psychique</i>)			
<input type="checkbox"/> Pluri handicap (<i>association de 2 ou plusieurs déficiencias de même degré</i>)			
<input type="checkbox"/> Polyhandicap (<i>association de déficiencias graves avec retard mental moyen, sévère ou profond</i>)			
<input type="checkbox"/> Etat végétatif chronique			

Suivi par des spécialistes	Si oui, lesquels :
-----------------------------------	---------------------------

Prises en charge régulières	Traitement médicamenteux régulier : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser)		
	Prises en charge régulières (préciser) :		
	<input type="checkbox"/> Consultations médicales :		
	<input type="checkbox"/> Consultations médicales spécialisées :		
	<input type="checkbox"/> Hospitalisations itératives :		
	<input type="checkbox"/> Hospitalisations programmées :		
	<input type="checkbox"/> Infirmier :		
		Fréquence	Au besoin
	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	Séances/semaine	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Orthophoniste	Séances/semaine	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Psychologue individuel	Séances/semaine	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Psychologue collectif	Séances/semaine	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	Séances/semaine	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Atelier à visée thérapeutique	Séances/semaine	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Autre(s) rééducation(s) précisez :		
	Autres soins réguliers : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (préciser les soins concernés)		
	Nécessite d'assurer une prévention : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (Si oui, préciser)		Fréquence
	<input type="checkbox"/> Cutanée		
<input type="checkbox"/> Urinaire et intestinale			
<input type="checkbox"/> Pulmonaire			
<input type="checkbox"/> Circulatoire			
<input type="checkbox"/> Orthopédique			
<input type="checkbox"/> Thermique			
<input type="checkbox"/> Bucco-dentaire			
<input type="checkbox"/> Autre :			

Poids :	Taille :
----------------------	-----------------------

Antécédents médicaux et chirurgicaux	
Allergies alimentaire, respiratoire ou médicamenteuse	

Contraintes	Existence de soins ou de traitements nocturnes (hors surveillance simple) : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>Si oui, préciser la nature et la fréquence :</i>
	Autres contraintes liées aux traitements et aux soins : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>Si oui, préciser :</i>
	<input type="checkbox"/> Nécessité de se maintenir à proximité d'un dispositif de soin ou d'assistance
	<input type="checkbox"/> Temps consacré aux soins :
	<input type="checkbox"/> Horaires :
	<input type="checkbox"/> Voies d'administration :
	<input type="checkbox"/> Apprentissage de technique au résident
	<input type="checkbox"/> Assistance d'un tiers
	<input type="checkbox"/> Charge affective liée aux soins (fin de vie, acceptation ...)
	<input type="checkbox"/> Autres (<i>préciser</i>) :
	Présence d'un appareillage <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> Petit appareillage (<i>petites orthèses, ...</i>)
	<input type="checkbox"/> Grand appareillage (<i>prothèses de membres, siège coquille, ...</i>)
	<input type="checkbox"/> 1 canne <input type="checkbox"/> 2 cannes <input type="checkbox"/> déambulateur
	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> propulsion par 1 tiers <input type="checkbox"/> propulsion autonome
	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique
	<input type="checkbox"/> Appareil auditif <input type="checkbox"/> unilatéral <input type="checkbox"/> bilatéral
	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/> Stomie urinaire
	<input type="checkbox"/> Stomie digestive d'élimination
	<input type="checkbox"/> Alimentation par gastrotomie <input type="checkbox"/> jéjunostomie
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie <input type="checkbox"/> Appareil de ventilation <input type="checkbox"/> Trachéotomie	
<input type="checkbox"/> Autres appareillages (<i>préciser</i>)	
Remarques sur l'appareillage :	
Contraintes alimentaires : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>Préciser : régime, alimentation adaptée, ...</i>	
Autres contraintes de prise en charge : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <i>Préciser :</i>	

Autres questions	Conduite addictive : <i>Consommation d'alcool, tabac et autres toxiques (préciser le type de produit et de consommation, la quantité, éventuellement la surveillance à apporter, motivation à arrêter...)</i> <input type="checkbox"/> Consommation ponctuelle <input type="checkbox"/> Consommation régulière <input type="checkbox"/> Consommation massive <input type="checkbox"/> Intoxication
-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nom, prénom et fonction du signataire du volet médical :

.....

Date et tampon :

.....

Mise à jour 02/2019

O:\08_Démarche_Qualité\02 DRE\GEST\ENG\DOSSIER DE DEMANDE CANDIDATURE version 08.docx

Date de la demande :	NOM :
	Prénom :

VOLET PSYCHOLOGIQUE

Joindre une anamnèse
Si un bilan psychologique ou neuropsychologique a été réalisé, joindre le compte-rendu

Expression langagière, communication	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Production de mots. Lesquels : <input type="checkbox"/> Discours construit
---------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sociabilité et interactions sociales

Environnement quotidien	Relations avec les pairs : Relations familiales :
Appréhension du monde extérieur
Univers psychique de la personne	Plaisirs de la vie et aversions :

Angoisses et objets d'apaisement

Particularités comportementales
Particularités sensorielles	Audition : Toucher : Olfaction : Vestibulaire : Proprioceptif :

Nom, prénom et fonction du signataire du volet psychologique :
.....

Date et tampon :

Date de la demande :	NOM :
	Prénom :

VOLET ANALYSE DE LA REALISATION DES ACTIVITES

«A» : Activité réalisée seule, 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 une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
«D» : Activité non réalisée
«H» : Aide Humaine
«T» : Aide Technique

Tâches et exigences générales, relations avec autrui	Réalisation effective				Facilitateurs		Observations
	A	B	C	D	H	T	
S'orienter dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'orienter dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fixer son attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mémoriser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prendre des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prendre des initiatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer sa sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respecter les règles de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avoir des relations avec autrui conforme aux règles sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Relations avec ses pairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avoir des relations affectives et sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mobilité, Manipulation	Réalisation effective				Facilitateurs		Observations
	A	B	C	D	H	T	
Se mettre debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire ses transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Changer de point d'appui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rester assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se déplacer dans l'établissement, à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se déplacer dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utiliser des escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mobilité, Manipulation	Réalisation effective				Facilitateurs		Observations
Utiliser la préhension de la main dominante <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utiliser la préhension de la main non dominante <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avoir des activités de motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avoir une coordination bi manuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soulever et porter des objets (y compris en se déplaçant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Entretien personnel	Réalisation effective				Facilitateurs		Observations
	A	B	C	D	H	T	
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prendre soin de son corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurer l'élimination et utiliser les toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'habiller / Se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prendre ses repas (manger, boire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exprimer une demande de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Communication	Réalisation effective				Facilitateurs		Observations
	A	B	C	D	H	T	
Parler : « Produire des messages faits de mots, de phrases et de passages plus longs porteurs d'une signification littérale ou figurée comme exprimer un fait ou raconter une histoire oralement ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entendre : « Percevoir les sons et comprendre la signification littérale et figurée de messages en langage parlé, comme comprendre qu'une phrase énonce un fait ou est une expression idiomatique ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Voir : « Percevoir la présence de la lumière, la forme, la taille, le contour et la couleur du stimulus visuel ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utiliser des appareils techniques de communication : « Utiliser des appareils, des techniques et autres moyens à des fins de communication ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comprendre une phrase simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mener une conversation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produire des messages non verbaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Recevoir des messages non verbaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SYNTHESE : POINTS ESSENTIELS DE L'EVALUATION

Projet de vie exprimé par la personne (aspirations, besoins, souhaits) ou sa famille et/ou son représentant légal

Situation familiale et sociale

Projet d'accueil individualisé et à sa prise en charge dans l'établissement

Autonomie

Demande auprès de la MDPH et à ses droits en cours

« Conformément aux lois concernant l'accès aux documents nominatifs et à la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, **la personne handicapée ou son représentant légal a accès aux informations contenues dans son dossier, y compris les informations à caractère médical**, selon des modalités prévues à l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique ».

COMPLEMENT D'INFORMATION

**L
E**

**B
E
N**

**E
F
I**

**C
I**

**A
I**

**R
E**

NOM
Prénom
Nationalité	<input type="checkbox"/> Française Autre :
Adresse
Adresse du domicile de secours (uniquement pour une demande auprès du FAM l'Ayguebelle)
Orientation CDAPH pour cette structure	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Joindre photocopie	
Sinon dossier en cours	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Numéro sécurité sociale	
Joindre copie attestation	
Mutuelle	
Joindre copie carte	
N° allocataire CAF	
Protection juridique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours
Quel type de protection	<input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> sans protection
Autres informations	Hébergement Spécificité Repas (ex : pas de porc) Autres :

SEJOURS ET SOINS ANTERIEURS

**L
E**

B

E

N

E

F

I

C

I

A

I

R

E

**L'intéressé a-t-il séjourné dans un établissement spécialisé ?
Remplir du plus ancien au plus récent**

NOM ADRESSE DATE SEJOUR RAISON CHANGEMENT	
NOM ADRESSE DATE SEJOUR RAISON CHANGEMENT	
NOM ADRESSE DATE SEJOUR RAISON CHANGEMENT	
NOM ADRESSE DATE SEJOUR RAISON CHANGEMENT	

INFORMATIONS DEMANDEUR

**L
E

D
E
M
A
N
D
E
U
R**

Vous êtes	<input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> établissement <input type="checkbox"/> bénéficiaire
Date de la demande	
NOM / Prénom	
Etablissement	
Adresse	
N° de téléphone (indispensable)	
Adresse Mail	

Droits d'accès des personnes à leurs données :

Chaque demande d'admission dans l'établissement fait l'objet d'un enregistrement sur ViaTrajectoire (outil s'inscrivant dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la continuité des soins et permettant de gérer les demandes d'orientation et d'admission des personnes requérant des demandes d'accueil en établissement ou service médico-social).

Conformément au Règlement Européen sur la Protection des Données (RGPD), les personnes concernées peuvent faire appliquer leurs droits d'opposition, d'accès et de rectification des données confidentielles qui les concernent en envoyant une demande écrite au directeur de l'établissement.

A _____, le _____

Signature du demandeur :

INFORMATIONS FAMILLE

A compléter uniquement si le demandeur est le tuteur administratif

L
A

F
A
M
I
L
L
E

Père	NOM : Prénom : Adresse : Téléphone : Portable : Mail :
Mère	NOM : Prénom : Adresse : Téléphone : Portable : Mail :
Autre personne : Lien de parenté à préciser :	NOM : Prénom : Adresse : Téléphone : Portable : Mail :

Documents à fournir

- ✓ Orientation CDAPH (copie)
- ✓ Attestation Sécurité Sociale (copie)
- ✓ Carte mutuelle (copie)
- ✓ Carte d'identité (copie)
- ✓ Carte d'invalidité (copie)
- ✓ Demande écrite famille ou tuteur (précisant MAS ou FAM)
- ✓ Jugement de tutelle/curatelle ou autre protection juridique (copie)
- ✓ Justificatif de ressources (AAH, patrimoine, placements...) ou de dépôt de demande d'aide sociale
- ✓ Certificat médical
- ✓ Anamnèse



FAM l'Ayguebelle et MAS Concorde

1057 route de Saint-Thomas - 31470 Saint-Lys

Tél. 05 62 14 73 73 - Télécopie 05 62 14 73 70 - Courriel fam@apeihsat.org ou mas@apeihsat.org

**Association Gestionnaire
Apeihsat**

Adresse postale 316, route de Bayonne - 31060 Toulouse Cedex

Accueil, orientation et information : rue Emmanuel Arin,

Zone Europarc Bât D21, 31300 Toulouse

Tél. 05 67 76 09 40 - Courriel apeihsat@apeihsat.org

Site internet : www.apeihsat.org