

Date de la demande :

Inscription en établissements et services pour personnes adultes handicapées

*Accueil de jour • Foyer de vie • Foyer d'accueil médicalisé • Maison d'accueil spécialisée
Unité pour personnes handicapées vieillissantes • Service d'accompagnement à la vie sociale
Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés • Hébergement temporaire*

Vous envisagez la possibilité de vous inscrire dans un établissement ou un service pour personnes adultes handicapées. Afin de faciliter vos démarches, le Département, en partenariat avec l'ARS Bretagne et les établissements et services finistériens, a élaboré un dossier d'inscription type que vous pouvez adresser directement aux établissements ou services concernés par votre démarche d'inscription.

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas une admission. Merci de compléter cette fiche de renseignements, de faire compléter le volet médical par votre médecin, de transmettre une copie de la décision d'orientation de la MDPH et de prendre contact avec les responsables des établissements et services de votre choix afin de faciliter votre inscription.

État civil

Nom :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le

Commune de naissance : Code postal

Situation de famille (*cocher la case correspondante*) : Célibataire Marié(e) Divorcé(e)

Pacte civil Concubinage Veuf/veuve

COORDONNÉES

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone : ou

Courriel :@.....

Modalités d'accueil sollicitées

MODALITÉS D'ACCUEIL PROPOSÉES DANS LE FINISTÈRE (cocher la case correspondante) :

Formules en accueil de jour

- Accueil de jour en foyer de vie (AJ-FV)
- Accueil de jour en foyer d'accueil médicalisé (AJ-FAM)
- Accueil de jour en maison d'accueil spécialisée (AJ-MAS)

Formules en hébergement permanent

- Foyer de vie (FV)
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- Maison d'accueil spécialisée (MAS)
- Unité pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV)

Formules en hébergement temporaire

- Hébergement temporaire en foyer de vie (HT-FV)
- Hébergement temporaire en foyer d'accueil médicalisé (HT-FAM)
- Hébergement temporaire en maison d'accueil spécialisée (HT-MAS)

Formules d'accompagnement

- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- SAVS pour personnes handicapées vieillissantes (SAVS-PHV)
- Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Si vous souhaitez préciser le nom de l'établissement (ou de la zone géographique) auprès duquel vous sollicitez une inscription, merci de l'indiquer ci-dessous :

.....

Situation juridique

PROTECTION JURIDIQUE (cocher la case correspondante) :

- Tutelle
- Curatelle
- Curatelle renforcée
- Mandataire
- Sauvegarde de justice
- Sans régime de protection
- En cours

Représentant légal (le cas échéant) :

Qualité :

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone : ou

Courriel :@.....

Décision de la CDAPH

ORIENTATION (cocher la case correspondante) :

Foyer de vie Foyer d'accueil médicalisé Maison d'accueil spécialisée SAVS SAMSAH

Numéro de dossier :

Date de la décision

Date d'effet de la décision

Date de fin de la décision

Demande rédigée par (si différente de la personne mentionnée en page 1)

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone : ou

Courriel : @

Lien avec la personne concernée par la demande (préciser, le cas échéant)

Membre de la famille :

Représentant légal :

Autre :

Personne à contacter (si différente de la personne mentionnée ci-dessus)

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone : ou

Courriel : @

Renseignements administratifs

N° de sécurité sociale :

Organisme :

N° allocation prestations familiales :

Organisme :

Carte d'invalidité : oui non Date de fin de validité :

Votre situation actuelle

Vous êtes actuellement hébergé(e) (cocher la case correspondante) :

À votre domicile personnel

Au domicile familial

En structure hospitalière : Depuis le

En établissement (IME, Foyer de vie ...) : Depuis le

Autre (Famille d'accueil, EHPAD...) : Depuis le

Nom de la structure hospitalière ou de l'établissement :

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone :

Motivations de la demande

Cette demande est liée à (cocher la case correspondante) :

Un changement d'orientation

Des difficultés liées au maintien à domicile

Une hospitalisation

Autre (préciser) :

Délai souhaité

Immédiat De 1 à 6 mois Supérieur à 6 mois

Observations éventuelles du demandeur (personne elle-même, représentant légal, membre de la famille...) :

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

Parcours de vie

Décrivez en quelques lignes votre scolarité (Durée, niveau, diplômes...) :

Emplois précédents (Durée, dates, employeurs, postes occupés...) :

Hospitalisation ou accueil en établissement antérieur :

Capacités fonctionnelles et activités

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accompagnement par les établissements ou services (Merci de cocher les cases correspondantes).

SOINS PERSONNELS	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son repos quotidien			

MOBILITÉ	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Faire ses transferts			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

EXIGENCES GÉNÉRALES ET RELATIONS AVEC AUTRUI	PAS DE DIFFICULTÉ	DIFFICULTÉ MOYENNE	NE FAIT PAS
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension de consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie			
Relations avec autrui			

VIE DOMESTIQUE ET COURANTE	OUI	NON
Gérer son traitement		
Faire ses courses		
Préparer un repas simple		
Entretien du linge, vêtements...		
Faire son ménage		
Gérer son budget		
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)		

RÉGIME ALIMENTAIRE	OUI	NON	PRÉCISER (Le cas échéant)
Régime alimentaire			
Texture particulière			

PRISE EN CHARGE	OUI	NON	FRÉQUENCE		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					

FONCTIONS SENSORIELLES	BONNE	MOYENNE	MAUVAISE
Ouïe			
Vue			

Appareillage

- Canne
 Déambulateur
 Fauteuil roulant manuel
 Fauteuil roulant électrique
 Lit médicalisé
 Orthèse ou prothèse
 Appareil auditif
 Autre (préciser) :

Observations complémentaires

Vos réactions ou votre comportement vous semblent-ils toujours appropriés à la situation (vie sociale, vie collective, relation aux autres...) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CE QUESTIONNAIRE EST CONFIDENTIEL ET SOUMIS AU SECRET PROFESSIONNEL

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatique à des fins statistiques. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au :
Département du Finistère - Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées
32 Boulevard Dupleix - CS 29029 - 29196 QUIMPER Cedex

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Fait le / / à

Signature du demandeur

Signature du représentant légal (le cas échéant)

DOSSIER MÉDICAL D'INSCRIPTION EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES HANDICAPÉES

(Document médical confidentiel – À mettre sous pli confidentiel)

PERSONNE CONCERNÉE	
NOM :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	

ORIGINE DU HANDICAP	

MÉDECIN TRAITANT	
Nom :	
Prénom :	
Commune :	
N° de Téléphone :	
Courriel :	

TRAITEMENT(S) EN COURS	
Soins cutanés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	
Rééducation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	

PATHOLOGIES ASSOCIÉES	
ALD	
Allergies	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	
CHIRURGICAUX	
PSYCHIATRIQUES	

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

	OUI	NON
Opposition		
Retrait		
Délires, hallucinations		
Agitation		
Agressivité		
Errance, fugue		
Autres :		

CONDUITE À RISQUE

Alcool :
Tabac :
Autres :

MÉDECINS SPÉCIALISTES

Nom / Prénom	Spécialité

ALIMENTATION

	OUI	NON
Régime alimentaire		
Préciser :		
Sonde naso-gastrique		
GPE		
Fausse routes		
Autres :		

SOINS TECHNIQUES

--

VACCINATIONS

Anti-tétanique - DTP
Anti-pneumococcique
Anti-grippal
Autres :

**DATE ET SIGNATURE
DU MÉDECIN QUI
RENSEIGNE LE DOSSIER**
(Cachet obligatoire)

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

--

TAILLE**POIDS**