

Nom de l'établissement : _____

**DOSSIER DE CANDIDATURE
EN VUE D'UN ACCUEIL DANS UN ETABLISSEMENT VOSGIEN
POUR ADULTE EN SITUATION DE HANDICAP**

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée dans un établissement d'hébergement doit adresser une copie de ce dossier aux établissements de son choix, et garder l'original.

(Ce dossier est à compléter en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements auprès desquels la personne souhaite entrer).

Ce dossier comprend :

- ↳ Un volet administratif renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (travailleur social, famille, représentant légal, etc).
- ↳ Un volet autonomie à renseigner par la personne concernée ou toute personne désignée par celle-ci pour le faire (travailleur social, famille, représentant légal, etc).

Ce dossier ne vaut que pour une candidature et son dépôt ne vaut en aucun cas admission. L'établissement sollicité s'engage à apporter une réponse, même négative, au demandeur et/ou à son représentant légal.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie de la décision d'orientation en établissement de la CDAPH (obligatoire).

En cas d'admission dans l'établissement, un certain nombre de pièces justificatives complémentaires sera demandé.

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de la prestation de compensation du handicap), il convient de contacter le Conseil général des Vosges. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le Conseil général de ce département.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Madame Monsieur
NOM de naissance [REDACTED] Prénom(s) [REDACTED]
(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)
Date de naissance [REDACTED]
Lieu de naissance [REDACTED] Pays ou département [REDACTED]
N° sécurité sociale [REDACTED] N° d'allocataire CAF [REDACTED]
Nom de la mutuelle [REDACTED] N° de la mutuelle [REDACTED]

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard [REDACTED]
Code postal [REDACTED] Commune/Ville [REDACTED]
Téléphone fixe [REDACTED] Téléphone portable [REDACTED]
Adresse email [REDACTED]

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e)
Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)
Nombre d'enfant(s) [REDACTED] dont [REDACTED] à charge.

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

OUI NON EN COURS

Si oui, laquelle : [REDACTED]
Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice
Mandat de protection future Autre (préciser) : [REDACTED]

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL (le cas échéant)

Professionnel Familial
Civilité Madame Monsieur
NOM de naissance [REDACTED] Prénom(s) [REDACTED]
(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)
Lien avec la personne [REDACTED] (enfant, conjoint, soeur, frère)
ADRESSE
N° Voie, rue, boulevard [REDACTED]
Code postal [REDACTED] Commune/Ville [REDACTED]
Téléphone fixe [REDACTED] Téléphone portable [REDACTED]
Adresse email [REDACTED]

HISTOIRE DE VIE, CONTEXTE ET MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, hospitalisation, accident, origine du handicap, décès d'un parent, périodes de travail en ESAT?)

Motif de la demande :

Changement d'établissement

Fin/retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres (préciser) :

OBJET DE LA DEMANDE

Accueil de jour Hébergement permanent Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité Oui Non (constituer un dossier pour chaque membre du couple)

Dates d'accueil souhaitées en :

↳ ACCUEIL DE JOUR : de [] / [] / [] à [] / [] / []

↳ HEBERGEMENT TEMPORAIRE : de [] / [] / [] à [] / [] / []

Concernant l'accueil permanent, l'établissement prendra contact avec la personne concernée.

La personne concernée est-elle informée de la demande ? Oui Non

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé de cette dernière a-t-il été recueilli ? Oui Non

Coordonnées des personnes à contacter (en dehors de la personne concernée) au sujet de cette demande et à informer des suites de la demande :

NOM de naissance [] Prénom(s) []

(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Lien avec la personne [] (enfant, conjoint, soeur, frère)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard []

Code postal [] Commune/Ville []

Téléphone fixe [] Téléphone portable []

Adresse email []

COMMENTAIRES

DOSSIER AUTONOMIE

(cette partie est également à compléter par le demandeur ou son représentant)

Altération des fonctions :

↴ visuelles Oui Non

↴ auditives Oui Non

↴ intellectuelles Oui Non

↴ psychiques Oui Non

↴ motrices Oui Non

Besoin de rééducation : Oui Non

Si oui, préciser :

Besoins en soins infirmiers : Oui Non

Si oui, préciser :

Régime alimentaire particulier : Oui Non

Si oui, préciser (y compris textures modifiées)

Accompagnement par un service (SAVS, SAMSAH, SSIAD, etc.) Oui Non

Si oui, préciser :

Troubles du comportement nécessitant un accompagnement spécifique Oui Non

Si oui, préciser :

Troubles du sommeil Oui Non

Si oui, préciser :

Fugues Oui Non

Si oui, préciser :

Conduites addictives ou dépendance à un produit Oui Non

Si oui, préciser :

Nom et coordonnées du médecin traitant (nom, prénom, adresse, téléphone) :

Données sur le besoin d'aide		NON	Partiellement*	OUI
La personne a besoin d'aide pour :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les déplacements	A l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La toilette	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'élimination	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'habillement	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'alimentation	Se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'orientation	Temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Espace intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Espace extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La communication verbale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Besoin d'une aide, d'une stimulation ou d'une surveillance

Appareillages	OUI	NON
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matelas anti-escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (à préciser) :		

Besoins et souhaits de la personne :

Date de la demande : / /

Signature de(s) la personne(s) concernée(s) et/ou de son représentant légal :

Nom :		Prénom :	
Signature :			
Nom :		Prénom :	
Signature :			

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant ~~Établissement~~ auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

GLOSSAIRE

CAF : Caisse d'Allocations Familiales.

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail.

SAMSAH : Service d'accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés.

SAVS : Service d'accompagnement à la Vie Sociale.

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile.