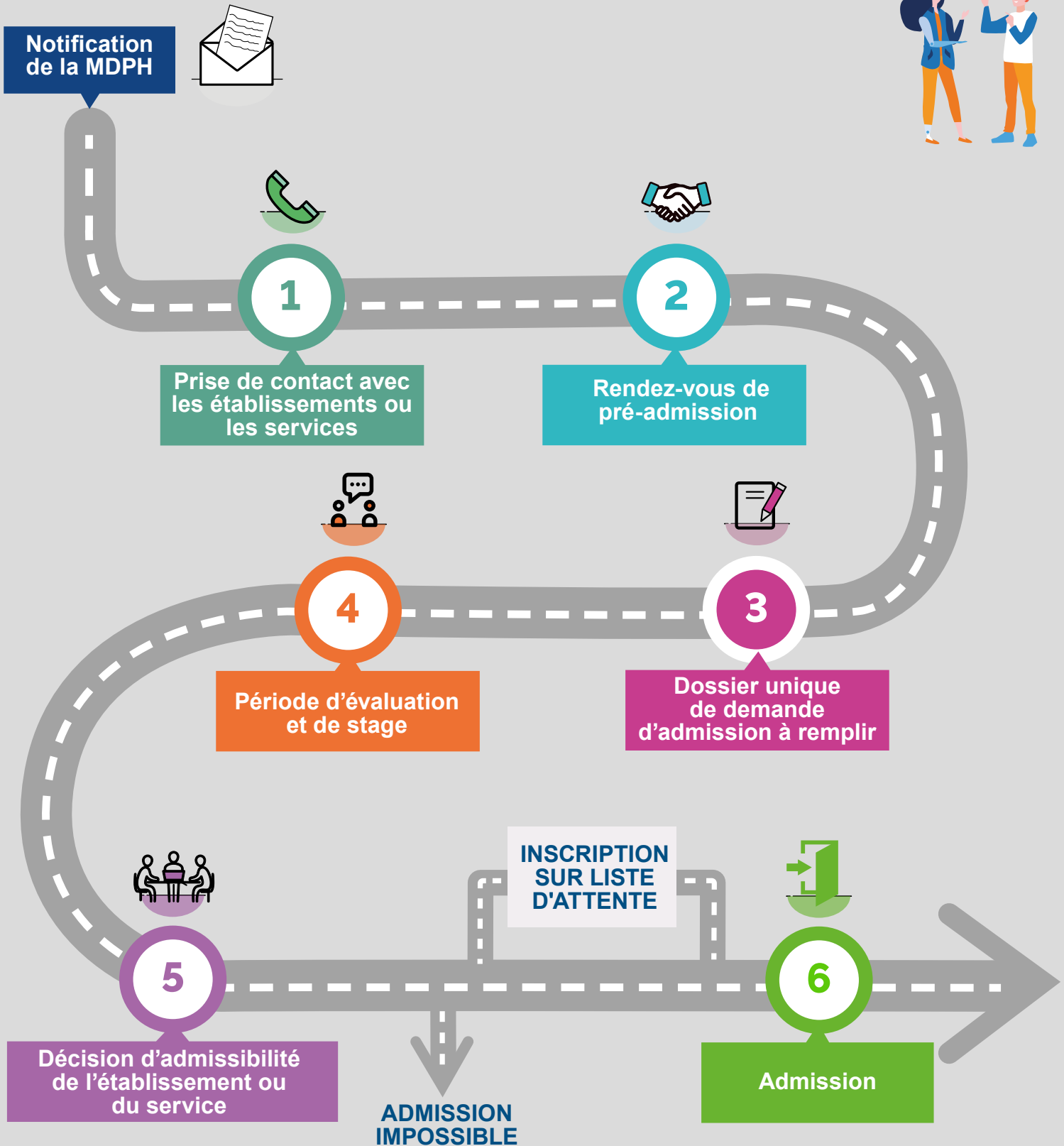


DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT ET SERVICE POUR **ADULTES** EN SITUATION DE HANDICAP





Décision de la MDPH

- J'ai reçu un courrier de notification d'orientation de la MDPH avec les coordonnées d'établissements ou de services qui peuvent me correspondre.

1 Prise de contact avec les établissements ou les services

- Je contacte les établissements ou les services de mon choix.
- Ils me donnent des informations sur ce qu'ils peuvent me proposer.
- Nous prenons rendez-vous dans un délai d'un mois.

2 Rendez-vous de pré-admission

- Je rencontre des professionnels, des personnes accueillies, je visite les lieux, je pose des questions.
- Je peux repartir avec un dossier unique de demande d'admission. Je peux aussi le télécharger sur internet.
- Si je ne suis pas intéressé, je préviens l'établissement ou le service.

3 Dossier unique de demande d'admission à remplir

- Je remplis le dossier unique de demande d'admission.
- Je peux demander de l'aide à l'établissement ou au service. Je peux demander de l'aide à un professionnel qui m'accompagne déjà.
- Je le dépose ou je l'envoie par courrier aux établissements ou services de mon choix.

VOUS ÊTES ICI

4 Période d'évaluation et de stage

- Ma demande est étudiée par les professionnels de l'établissement ou du service.
- Une période de découverte peut m'être proposée.
- Une commission d'admission se prononce sur ma demande.

5 Décision d'admissibilité de l'établissement ou du service

- L'établissement ou le service me donne une réponse par courrier ou lors d'un entretien, dans un délai de 3 mois maximum.
- 3 situations sont possibles :
 - Je suis admis immédiatement.
 - Je suis admissible mais il n'y a pas de places disponibles : je suis inscrit sur liste d'attente. J'échange régulièrement avec l'établissement ou le service.
 - L'établissement ou le service ne correspond pas à mes besoins : l'admission est impossible. Je continue mes démarches vers d'autres établissements ou services. D'autres solutions pourront m'être proposées par la MDPH.

6 Admission

- Je donne des documents administratifs pour compléter mon dossier.
- Je signe un contrat.
- J'organise mon arrivée avec l'établissement ou le service.

Remarques :

Le parcours d'admission présenté ici ne concerne que les établissements et services du département de la Somme. Concernant les autres départements, je me renseigne sur leur parcours d'admission.

Je peux faire cette demande dans plusieurs établissements ou services avec le même dossier unique de demande d'admission

1 / INFORMATIONS GÉNÉRALES

VOTRE IDENTITÉ

Nom Nom de naissance
Prénom(s) Né(e) le / /
Numéro de sécurité sociale : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

VOS COORDONNÉES

Adresse
Commune Code postal | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
Vous résidez : seul en famille chez des amis en centre d'hébergement
Téléphone Courriel/mail
Comment préférez-vous être contacté ?
 Courriel/mail Appel téléphonique SMS Courrier

VOTRE SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Pacte civil En couple Veuf
Nombre d'enfants Dont nombre d'enfants à charge

VOS PROTECTIONS JURIDIQUES ET ADMINISTRATIVES ÉVENTUELLES

Si vous bénéficiez d'une mesure de protection (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, contrat jeune majeur, habilitation familiale,...), précisez :

Nom du **représentant légal 1**, personne ou organisme :

Type de protection

Adresse

Commune Code postal | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Téléphone Courriel/mail

Nom du **représentant légal 2**, personne ou organisme :

Type de protection

Adresse

Commune Code postal | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Téléphone Courriel/mail

Protection en cours de demande

VOS ORIENTATIONS DE LA CDAPH

Numéro de dossier MDPH : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | MDPH de la Somme

Autre, précisez :

Vous bénéficiez d'une orientation vers un établissement ou un service, pouvez-vous préciser :

La date d'ouverture des droits : / / La date de fin : / /

Si une modalité particulière d'accompagnement est prévue (internat, accueil temporaire, ...), précisez :

Vous bénéficiez d'autres orientations CDAPH, précisez :

Percevez-vous l'AAH ? Oui Non

VOTRE SANTÉ

Quelle est la nature de votre handicap ?

- Auditif Visuel Intellectuel Moteur Autisme/TND Psychique
 Troubles du comportement Traumatisme crânien Maladie invalidante Polyhandicap
 Troubles Dys Troubles neurologiques Précisez, si besoin :

Quels sont les suivis de santé actuellement en cours ?

Prise en charge	Non	Oui	Si oui, à quelle fréquence ?	Nom et coordonnées du praticien
Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Auxiliaire de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Êtes-vous appareillé ? Oui Non

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

2 / AUTONOMIE

Une personne vous aide-t-elle dans votre vie quotidienne ou vos démarches ? Oui Non

S'agit-il ? d'un proche d'une association autre, précisez :

Nom et prénom de l'aidant

Adresse

Commune

Code postal | _ | _ | _ | _ | _ |

Téléphone

Courriel/mail

DANS LA VIE QUOTIDIENNE, VOUS ÊTES AUTONOME POUR FAIRE SEUL :

	Oui	Oui, aide partielle	Non, aide totale
• Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prendre les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se laver, aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Faire le ménage, laver le linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Régler les dépenses courantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Régler les dépenses administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prendre soin de votre santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous occuper de vos enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres besoins d'aide, précisez :			

POUR VOUS DÉPLACER, VOUS ÊTES AUTONOME POUR FAIRE SEUL :

	Oui	Oui, aide partielle	Non, aide totale
• Rester debout plus de 15 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous déplacer chez vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utiliser un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utiliser les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Partir en vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres besoins, précisez :			
• Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Avez-vous un moyen de locomotion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Permis B <input type="checkbox"/> Voiturette	<input type="checkbox"/> 2 roues

DANS VOTRE VIE SOCIALE, VOUS ÊTES AUTONOME POUR FAIRE SEUL :

	Oui	Oui, aide partielle	Non, aide totale
• Vous exprimer, vous faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avoir des activités sportives et des loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avoir des relations avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Assurer votre sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Participer à la vie quotidienne (aller voter,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous occuper de votre famille	<input type="checkbox"/>		
• Autres besoins d'aide, précisez :			

3 / VOTRE PARCOURS

VOTRE PARCOURS SCOLAIRE

Votre scolarité s'est déroulée ?

- en milieu ordinaire (école, collège, lycée...)
- en milieu spécialisé (IME, IEM, DITEP...)
- à domicile en établissement de santé (hôpital...) autre, précisez :

Vous avez poursuivi votre parcours scolaire jusque :

- École Collège Lycée Supérieur

Votre dernière classe fréquentée :

Votre dernier diplôme obtenu :

VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL, Y COMPRIS LES STAGES, LES STRUCTURES D'INSERTION OU EN ESAT

ANNÉES	POSTE / ACTIVITÉS	NOM DE L'ENTREPRISE OU DE LA STRUCTURE	TEMPS PLEIN OU PARTIEL	MOTIF DE FIN

Avez-vous suivi des formations professionnelles ? Non Oui, précisez :

VOTRE PARCOURS EN ÉTABLISSEMENT ET SERVICE MÉDICO-SOCIAL (IME, FOYER DE VIE,...)

Avez-vous déjà été accueilli dans un établissement ou un service ? Non Oui

ANNÉES	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU SERVICE	TEMPS PLEIN OU PARTIEL

4 / VOTRE PROJET DE VIE

LES MOTIVATIONS DE VOTRE DEMANDE D'ADMISSION

• Pour quelles raisons souhaitez-vous aujourd'hui intégrer un établissement ou service ?

• Avez-vous des projets particuliers pour les années à venir ?

SI VOUS SOUHAITEZ INTÉGRER UN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT OU UN SERVICE D'ACCUEIL DE JOUR

• Quels sont vos centres d'intérêts ? Précisez :

Sport :

Activités manuelles :

Sorties culturelles :

Animaux :

Vie ménagère :

Musique :

Jeux de société :

Activités d'extérieur :

Jeux vidéo :

Autres :

• Appréciez-vous plutôt les activités ? : en groupe individuelles les deux

SI VOUS SOUHAITEZ ÊTRE ACCOMPAGNÉ PAR UN SERVICE À DOMICILE

• Précisez dans quels domaines vous souhaitez être accompagné ?

Gérer un budget Faire des démarches administratives Apprendre à vivre dans son logement

Préparer un repas Être accompagné aux rendez-vous médicaux Aide aux courses

Rechercher un logement adapté Rechercher un emploi, une formation

Rechercher des activités de loisirs Autres, précisez :

SI VOUS SOUHAITEZ TRAVAILLER EN ÉTABLISSEMENT OU SERVICE D'AIDE PAR LE TRAVAIL (ESAT)

• Quelles sont les activités qui vous intéressent ?

<input type="checkbox"/>		Espaces verts	<input type="checkbox"/>		Floriculture Horticulture	<input type="checkbox"/>		Couture
<input type="checkbox"/>		Conditionnement	<input type="checkbox"/>		Blanchisserie Repassage	<input type="checkbox"/>		Menuiserie
<input type="checkbox"/>		Assemblage	<input type="checkbox"/>		Bâtiment Rénovation	<input type="checkbox"/>		Tapiserie
<input type="checkbox"/>		Restauration	<input type="checkbox"/>		Nettoyage Entretien	<input type="checkbox"/>		Peinture
<input type="checkbox"/>		Cablage électrique	<input type="checkbox"/>		Imprimerie	<input type="checkbox"/>		Communication
<input type="checkbox"/>		Transport de personne	<input type="checkbox"/>		Fabrication Emballage bois	<input type="checkbox"/>		Conciergerie
<input type="checkbox"/>		Brocante	<input type="checkbox"/>		Livraison	<input type="checkbox"/>		Service administratif Informatique
<input type="checkbox"/>		Centre équestre	<input type="checkbox"/>		Tourisme	<input type="checkbox"/>		Plasturgie Mécanique
<input type="checkbox"/>		Nettoyage de véhicule	<input type="checkbox"/>		Maraîchage	<input type="checkbox"/>		Déchets : collecte, tri, recyclage
<input type="checkbox"/> Autres :								

Êtes-vous intéressé par la découverte d'un métier au travers de stages ?

Non Oui, précisez :

Avez-vous des restrictons médicales posées par la médecine du travail ?

Non Oui, précisez :

5 / VOS ATTENTES ENVERS L'ÉTABLISSEMENT OU LE SERVICE

• Avez-vous des attentes particulières, en cas d'admission, concernant :

> Les activités éducatives, les séjours adaptés, les loisirs ?

> Votre hébergement, si c'est le cas ?

> Votre accompagnement médical ou paramédical ?

> Vos relations avec les autres personnes accueillies ?

> Vos retours en famille ou vos relations avec vos proches ?

• Quand souhaiteriez-vous intégrer l'établissement ou le service ?

dès que possible d'ici quelques mois, précisez :

dans 1 an ou plus, précisez :

• À quelle fréquence souhaitez-vous être accueilli dans l'établissement ou le service ?

à temps plein à temps partiel en accueil temporaire, précisez :

• Avez-vous des craintes sur l'évolution de votre situation dans le temps ?

Non Oui, précisez :

• Souhaitez-vous ajouter un dernier commentaire ?

Fait le / / à

Signature du demandeur

Signature du représentant légal et/ou organisme,
le cas échéant

Avez-vous été aidé pour remplir ce dossier ? Oui Non

Si oui, par qui ?

Téléphone

Courriel/mail

Cadre réservé à l'établissement ou au service

Dossier reçu le :