Unapei Alpes Provence

Association de Parents, de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT

SECTEUR ADULTES – DÉPARTEMENT 13

DATE DE LA DEMANDE : ……

Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible et accompagné obligatoirement des pièces administratives demandées.

Remplissez le dossier, puis envoyez-le, après l'avoir photocopié :

- par mail à l'adresse : demande.admission@unapei-ap.fr
- ou par courrier à l'adresse : UNAPEI ALPES PROVENCE
  Siège social - Service des Personnes Accueillies
  20, Bd Ampère
  13014 MARSEILLE

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d'admission ne vaut pas admission. Le Service des Personnes Accueillies s'engage à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois suite à la réception du dossier complet.

SOMMAIRE

1. TYPE D'ÉTABLISSEMENT DEMANDÉ
2. VOLET ADMINISTRATIF
3. PARCOURS PERSONNEL
4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Les trois premiers volets sont renseignés par le demandeur ou toute personne habilitée à le faire (parents, tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux, etc.)

1 – TYPE D'ÉTABLISSEMENT DEMANDÉ

☐ ESAT (établissement et service d'accompagnement par le travail)

☐ FOYER D'HÉBERGEMENT D'ESAT

☐ MAS (maison d'accueil spécialisé) ☐ accueil de jour ☐ internat

☐ FOYER DE VIE ☐ accueil de jour ☐ internat

☐ FAM (foyer d'accueil médicalisé)

Cocher la case correspondante

2 – VOLET ADMINISTRATIF

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

CIVILITÉ ☐ MONSIEUR ☐ MADAME

NOM DE NAISSANCE :……

NOM D'USAGE (si différent) :……PRÉNOM(S) :……

DATE DE NAISSANCE……

Contact téléphonique : 04.91.10 76.00

LIEU DE NAISSANCE : (ville, pays) :……

NATIONALITÉ : ……

ADRESSE : ……..

CP : ……VILLE : ……

TÉLÉPHONE……..……..……

E MAIL : ……

N° SÉCURITÉ SOCIALE :……

N°ALLOCATAIRE (CAF) :……..……

SITUATION FAMILIALE :

☐ CÉLIBATAIRE ☐ MARIÉ(E) / PACSÉ(E) ☐ VEUF(VE) ☐ CONCUBINAGE ☐ DIVORCÉ(E)

Vous vivez ?

☐ SEUL(E) ☐ EN FAMILLE ☐ CHEZ DES AMIS ☐ EN CENTRE D'HÉBERGEMENT

Cocher la case correspondante

SITUATION ACTUELLE

☐ En formation professionnelle
☐ Accompagné par un service médico-social
☐ Exerce une activité professionnelle
☐ Accompagné par un établissement médico-social
☐ En recherche d'activité professionnelle
☐ Hospitalisé en établissement sanitaire
☐ Sans activité professionnelle
☐ Sans accueil ni accompagnement
☐ Retraité
☐ Accompagné par des professionnels libéraux
☐ Autre, à préciser……..……

Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les case(s) correspondante(s)

PERSONNE À CONTACTER

Lien de parenté : ☐ PARENTS ☐ PÈRE ☐ MÈRE ☐ AUTRE (préciser) : ……..……

NOM : ……

PRÉNOM : ……

ADRESSE : ……..

CP : ……VILLE : ……

TÉLÉPHONE……..……..……

E MAIL : ……

Contact téléphonique : 04.91.10 76.00

3 – PARCOURS PERSONNEL

3-1 - ÉTABLISSEMENT - SERVICE

Placement actuel

Dans le cas où il y a un suivi et/ou accueil par plusieurs établissements et/ou services, merci de le préciser.

NOM de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle :

……

Catégorie d'ESMS : ……

ADRESSE : ……

CP : ……VILLE : ……

TÉLÉPHONE……

E MAIL : ……

Date d'entrée dans la structure et modalités de l'accueil (interne ou externe) : ……

Placements antérieurs

Nom de l'établissement	Adresse	Dates

3-2 - PARCOURS DE VIE

Pour chaque période importante du parcours de vie, décrivez en quelques lignes les étapes clés et les réponses mises en œuvre (scolarité : durée, dates, niveau, diplômes – emplois : durée, dates, employeurs, postes occupés, etc.)

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Contact téléphonique : 04.91.10 76.00

3-3 - PROJET DE VIE ET ATTENTES

Ce paragraphe vous invite à vous exprimer sur vos attentes et besoins dans l'établissement que vous sollicitez, en relation avec votre situation familiale, sociale, vos conditions de vie, vos difficultés au quotidien.
Précisez vos centres d'intérêt et priorités, afin de mieux orienter votre demande.

(Si la demande porte sur une admission en ESAT, préciser le domaine qui vous intéresse : restauration, blanchisserie, nettoyage industriel, espaces verts, menuiserie, bureautique, conditionnement, autres : préciser)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3-4 - MESURE DE PROTECTION

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? :

☐ **Oui** ☐ **En cours d'évaluation** ☐ **Non**

Si oui :

☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle renforcée ☐ Habilitation familiale ☐ Curatelle simple ☐ Tutelle

NOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL : ……

❑ Organisme tutélaire ❑ Tuteur privé ❑ Tuteur familial

ADRESSE : ……...

CP : ……VILLE : ……

TÉLÉPHONE……..……..……

E MAIL : ……

Cocher la case correspondante

Contact téléphonique : 04.91.10 76.00

3-5 – SUIVI SPÉCIALISÉ

Bénéficiez-vous d'un suivi spécialisé ?

☐ NON ☐ OUI

Si oui, précisez les coordonnées des praticiens

☐ Orthophoniste ☐ Psychologue ☐ Psychiatre ☐ Kinésithérapeute
☐ Infirmier ☐ Aide à domicile
☐ Autre(s) : ……..……..

Cocher la case correspondante

3-6- ACCOMPAGNEMENT DE SERVICE SOCIAL

Bénéficiez-vous d'un accompagnement de service social (SAVS, SAMSAH, Assistant social ?

☐ NON ☐ OUI

Si oui, lequel ? ……..

Nom – Adresse : ……..

Avez-vous été aidé pour remplir ce dossier ?

☐ NON ☐ OUI

Si oui, nom, adresse et coordonnées de la personne qui vous a aidé :

……

Date et Signature du demandeur ou de son représentant :

NOM – PRÉNOM – QUALITÉ

Pièces administratives à fournir :

☐ Copie de la carte nationale d'identité
☐ Copie des notifications MDPH d'orientation en établissement et AAH – RQTH, pension
☐ Attestation de sécurité sociale
☐ Copie jugement de protection tutélaire, si concerné
☐ Curriculum-vitae, si la demande porte sur une admission en ESAT

Et tout autre document permettant une étude détaillée de la candidature :
☐ Plan d'accompagnement global
☐ Suivi et/ou bilan éducatif, médical ou paramédical, bilan de stage
☐ Dossier de synthèse d'accompagnement

Contact téléphonique : 04.91.10 76.00

4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

A faire remplir par votre médecin

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE CONCERNÉE :

……

Nom et adresse du médecin :

……

……

Diagnostic et description du handicap et étiologie si connue :

……

……

……

- **<u>Troubles cognitifs</u> :☐oui / non☐ Si oui, précisez la nature :**

……

……

- **<u>Troubles du comportement</u> :☐oui / non☐ Si oui, précisez la nature :**

……

……

- **Pathologies associées :**
  - **<u>Epilepsie</u> :☐oui / non☐ Si oui, équilibrée☐oui / non☐**
  - **<u>Pulmonaire</u> :☐oui / non☐ Si oui, précisez la nature :**

……

  - **<u>Digestive</u> :☐oui / non☐ Si oui, précisez la nature :**

……

  - **<u>Cardiaque</u> :☐oui / non☐ Si oui, précisez la nature :**

……

  - **<u>Autre</u> :☐oui / non☐ Si oui, précisez la nature :**

……

Contact téléphonique : 04.91.10 76.00

- **Atteintes Sensorielles (vision, audition, …)**

……

……

- **État neuro-orthopédique :**

……

……

- **Installations orthopédiques – Appareillage éventuel :**

……

……

- **Traitement actuel :**

……

……

……

AUTONOMIE

Repas : Mange : ◯ seule ◯ aide partielle ◯ aide totale

Alimentation : ◯ normale ◯ hachée ◯ mixée

Régime particulier : ……

Toilette :

Douche : ◯ debout ◯ assise ◯ chariot douche

Sphincters :

……

Marche :

A l'intérieur : ◯ seul(e) ◯ avec aide ◯ avec canne

◯ cadre de marche ◯ autre ……

A l'extérieur : ◯ seul(e) ◯ avec aide ◯ avec canne

◯ cadre de marche ◯ autre ……

◯ escalier ◯ notion de danger

Existe-t-il des troubles de l'équilibre ? ○ OUI ○ NON

Risque de chutes ? ○ OUI ○ NON

Contact téléphonique : 04.91.10 76.00

Déplacements – Transferts :

☐ Autonome ☐ se lève seul(e) du lit ☐ peut s'asseoir dans le lit

Observations :

……

COMMUNICATION :

Expression :

☐ verbale ☐ non verbale ☐ autres : ……..

Date, signature et tampon du médecin :

Contact téléphonique : 04.91.10 76.00

GLOSSAIRE

MDPH : Maison départemental des Personnes Handicapées

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

ESMS : Etablissements et services médico-sociaux

Liste des établissements médico-sociaux : Centre d'accueil médico-social précoce (C.A.M.S.P.) ; Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P.) ; Institution médicoéducatif (I.M.E.) ; Institution thérapeutique éducatif et pédagogique (I.T.E.P.) ; Institut d'éducation motrice (I.E.M.) ; Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés (E.E.A.P.) ; Institut pour Déficients Auditifs (I.D.A.) ; Institut pour Déficients Visuels (I.D.V.) ; Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (B.A.P.U.) ; Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.) ; Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (F.A.M.) ; Foyer d'hébergement (F.H.); Foyer de vie (F.V.) ; Foyer d'accueil polyvalent (F.P.) ; Etablissement et service d'aide par le travail (E.S.A.T.); Centre de pré orientation (C.P.O.) ; Centre de rééducation professionnelle (C.R.P.)

Liste des services médico-sociaux : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (S.E.S.S.A.D.) ; Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (S.A.M.S.A.H.) ; Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.) ; Service de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D.) ; Service Polyvalent Aide et Soins A Domicile (S.P.A.S.A.D.) ; Service Prestataire d'Aide à Domicile (S.A.A.D.)

Liste des établissements sanitaires : Hôpital ; Hôpital de jour ; Hospitalisation à domicile (H.A.D.) ; Centre médico-pédagogique (C.M.P.)

Autres : Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ; Allocation Adulte Handicapé (AAH) ; Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

L'ASSOCIATION UNAPEI ALPES PROVENCE

Par le lien ci-dessous, vous aurez accès à tous les renseignements sur notre association qui pourront être nécessaires à votre information.

https://www.unapei-ap.fr