

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT**SECTEUR ADULTES****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
26, rue Elzéard Rougier
13004 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'ETABLISSEMENT DEMANDE
2. VOLET ADMINISTRATIF
3. PARCOURS PERSONNEL
4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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'ETABLISSEMENT DEMANDE

- ESAT (établissement et service d'accompagnement par le travail) -Agrément pour les personnes de 20 ans et plus
- FOYER D'HEBERGEMENT 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**ETAT CIVIL DU DEMANDEUR**

CIVILITE MONSIEUR MADAME

NOM DE NAISSANCE :

NOM D'USAGE (si différent) : PRENOM(S) :

DATE DE NAISSANCE.....

LIEU DE NAISSANCE : (ville, pays) :.....

NATIONALITE :

ADRESSE :

CP : VILLE :

TELEPHONE.....

E MAIL :

N° SECURITE SOCIALE :

N°ALLOCATAIRE (CAF) :

SITUATION FAMILIALE :

 CELIBATAIRE MARIE(E) / PACSE(E) VEUF(VE) CONCUBINAGE DIVORCE(E)

Vous vivez ?

 SEUL(E) EN FAMILLE CHEZ DES AMIS EN CENTRE D'HEBERGEMENT*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 A Contacter**Lien de parenté : PARENTS PERE MERE AUTRE (préciser) :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

CP : VILLE :

TELEPHONE.....

E MAIL :

3 –PARCOURS PERSONNEL

3-1 - ETABLISSEMENT - 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 :

TELEPHONE.....

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.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3-5 – SUIVI SPECIALISE

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 – PRENOM – QUALITE

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

4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX***A faire remplir par votre médecin*****NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE CONCERNEE :**
.....**Nom et adresse du médecin :**
.....
.....

- **Diagnostic du handicap :**
.....
.....
.....

- **Pathologies associées :**
.....
.....
.....

- **Étiologie :**
.....
.....

- **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

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 :

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>