



LES  
**PAPILLONS BLANCS**  
DE BERGERAC

**DOSSIER DE CANDIDATURE SAMSAH-TSA**

A retourner par courrier ou à déposer au Samsah :

*20 rue Pozzi*

*24100 BERGERAC*

Ou par mail : *samsah@pb24.fr*

*Cadre réservé à l'administration*

Dossier à remettre le : .....

Dossier remis le : .....

AVIS     Favorable     Défavorable     A affiner

6 avenue Paul Painlevé – 24112 BERGERAC

# PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

---

DESCRIPTIF	Pièce demandée	Pièce remise
<b>À joindre au dossier administratif et éducatif</b>		
Photo d'identité		
Copie de la notification d'orientation MDPH vers le Samsah		
Copie de la notification RQTH		
Copie du jugement de mesure de protection		
<b>Sous pli confidentiel à destination du service médical</b>		
Ordonnance		

# PARTIE ADMINISTRATIVE

PHOTO  
D'IDENTITÉ

Les renseignements suivants concernent la personne qui souhaite être admise.

## 1 - ÉTAT CIVIL

Mme  M. NOM ..... PRÉNOM.....  
DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....  
NATIONALITE ..... N° SECURITE SOCIALE .....

## 2 - LIEU DE VIE ACTUEL

En logement autonome  En famille  Autre (précisez).....  
ADRESSE .....  
.....  
CODE POSTAL ..... VILLE.....  
TÉLÉPHONE..... E-MAIL .....

## 3 - SITUATION FAMILIALE

VOUS ÊTES :  Marié-e  Pacsé-e  En couple sans être ni marié-e ni pacsé-e  Célibataire  
 Séparé-e  Divorcé-e  Veuf-ve  
VOUS AVEZ DES ENFANTS :  Oui  Non

Prénom	Age	À charge	
		Oui	Non

## 4 - SITUATION PROFESSIONNELLE

QUELLE EST VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE ?

Sans emploi  Milieu ordinaire  Esat  Études  Entreprise adaptée  
 Autre (précisez).....

## 5 - MESURE DE PROTECTION

Aucune     Sauvegarde de justice     Curatelle simple     Curatelle renforcée     Tutelle

Autre (précisez).....

ORGANISME TUTÉLAIRE OU LIEN DE PARENTÉ.....

MANDATAIRE(S) – NOMS + ADRESSE + TELEPHONE.....

.....

.....

## 6 - ORIENTATIONS MDPH

ORIENTATION SAMSAH NOTIFIEE PAR LA MDPH     Oui     Non     En cours

DÉPARTEMENT ET VILLE DE LA MDPH .....

RÉFÉRENCE DU DOSSIER.....

DATES DE VALIDITE : du...../...../..... au ...../...../.....

## 7 - DEMANDE D'ADMISSION

DATE D'ADMISSION SOUHAITÉE .....

CONTACT POUR LA DEMANDE .....

.....

PRECISIONS (OPTIONNEL) .....

.....

.....

## 8 - COORDONNÉES D'UN RÉFÉRENT DE L'ENTOURAGE

Famille.....     Autre.....

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

.....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

TÉLÉPHONE..... E-MAIL .....

Nom et prénom de la personne : .....

# PARTIE CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

---

*Cette partie du dossier nous permettra de mieux vous connaître et nous aidera à mieux évaluer vos besoins. Elle concerne votre parcours et votre situation actuelle.*

## **1 - PARCOURS**

Scolarité (*classes, arrêt de la scolarité, diplômes...*).....

.....

.....

.....

.....

Expérience professionnelle (*stages, emploi, formations...*) .....

.....

.....

.....

.....

.....

Intervenants/organismes extérieurs (*qui vous accompagnent ou vous ont accompagné*) .....

.....

.....

.....

.....

## **2 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (OPTIONNEL)**

*Vous pouvez apporter des précisions à votre parcours si vous estimez que certaines informations sont importantes et/ou si vous souhaitez nous en faire part. Il peut s'agir de faits de votre histoire familiale, enfance, évènements personnels, etc.*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 3 - VIE QUOTIDIENNE

Comment évaluez-vous votre autonomie et vos besoins d'accompagnement dans les domaines suivants ?

	Autonome	Aide existante	Besoin d'aide	Commentaires
Logement (entretien, aménagement...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentation/cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion budgétaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacements/transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Bénéficiez-vous déjà d'une aide dans la gestion de votre quotidien ?**

Non     Oui.....

### 4 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

AVEZ-VOUS DES DEMANDES D'ACCOMPAGNEMENT DANS LES DOMAINES SUIVANTS ?

Vie sociale     Santé psychique     Santé somatique     Situation professionnelle  
 projet de formation     Autre (précisez).....

COMMENTAIRES.....

POURQUOI DÉSIREZ-VOUS FAIRE UNE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT PAR LE SAMSAH ?.....

COMMENTAIRES, QUESTIONS ÉVENTUELLES .....

Fait à..... Le.....

Signature





#### **4 - CONTRE-INDICATIONS**

AVEZ-VOUS DES CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES ? (ALLERGIES, ÉPILEPSIE, CONTRE-INDICATION À UNE PRATIQUE SPORTIVE...)       Oui       Non

.....

.....

.....

.....

#### **5 - TRAITEMENT**

TRAITEMENT EN COURS       Oui       Non

*Merci de nous transmettre la (les) ordonnance(s) en cours afin que nous puissions vous accompagner, si besoin, dans la prise de ce traitement.*

