

DOSSIER UNIQUE DE CANDIDATURE ADULTES

Ce dossier s'adresse à la personne en situation de handicap
qui recherche un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social.

NOM DU DEMANDEUR :

COORDONNEES et FONCTION DE LA PERSONNE QUI A AIDE A REMPLIR LE DOSSIER :

NOM Prénom

Fonction

Tel

Mail

NOM DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE

D'ORIGINE :

TYPE D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE

DEMANDE :

NOM DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE

DEMANDE :

Adresse de l'établissement ou du service :

ORIENTATION ACTIVE MDPH

Je donne mon accord pour que les différents professionnels ayant à intervenir dans le processus de ma candidature puissent prendre connaissance des renseignements figurant dans ce document.

Ces professionnels s'engagent à respecter ma vie privée et la confidentialité des informations me concernant en application des dispositions du Code de l'Action et des Famille et du Code pénal.

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 pour les données vous concernant. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Fait le :

Le candidat,

Ou son représentant légal,

à remplir par l'établissement :

DATE DE CANDIDATURE

DATE DE RECEPTION DU DOSSIER

AVIS

FAVORABLE

DEFAVORABLE

EN COURS D'EVALUATION

Motif :

DOSSIER DE CANDIDATURE

A - IDENTITE

A1 - VOTRE IDENTITE

NOM DU CANDIDAT		NOM DE NAISSANCE	
PRENOMS			
CIVILITE	Madame / Monsieur		
DATE DE NAISSANCE			
LIEU DE NAISSANCE			
NATIONALITE			

ADRESSE DU CANDIDAT (domicile de secours)			
Complément d'adresse			
CODE POSTAL		COMMUNE	
TELEPHONE		MAIL	
Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez son nom :			

Vous ou votre représentant préférez être contacté :	<input type="checkbox"/>	par courrier
	<input type="checkbox"/>	par téléphone
	<input type="checkbox"/>	par mail

SITUATION FAMILIALE :	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Vie maritale
(cocher la case correspondante)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf/veuve	
Nombre d'enfant(s) :		Dont nombre d'enfant(s) à charge :		
Nombre de frère(s) et sœur(s) :		Dont nombre de personnes en situation de handicap :		

A2 - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Organisme payeur des prestations familiales/RSA	
Organisme d'assurance maladie	
N° de sécurité sociale	
Mutuelle	

DOSSIER DE CANDIDATURE

A - IDENTITE

A3 - VOS DEMARCHES AUPRES DE LA MDPH ?

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

<input type="checkbox"/> OUI , dans quel Département ?	
Numéro de dossier MDPH :	
Nom du référent du dossier à la MDPH :	
Précisez l'orientation prononcée par la CDAPH :	
Date d'effet de la décision :	
Date de fin de la décision :	
<input type="checkbox"/> NON , aucun dossier	
<input type="checkbox"/> Demande en cours , précisez la date de dépôt	

A4 - BENEFICIEZ VOUS D'UNE MESURE DE PROTECTION ?

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> En cours d'évaluation	<input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Si "OUI" ou "En cours d'évaluation", s'agit-il d'une :			
<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Curatelle simple		
<input type="checkbox"/> Curatelle renforcée	<input type="checkbox"/> Tutelle		
<i>si OUI, qui l'exerce ?</i>			
	REPRESENTANT LEGAL 1		REPRESENTANT LEGAL 2
Nom de l'organisme			
Nom de la personne			
Eventuellement lien familial ou autre			
Adresse			
Code postal			
Commune			
Téléphone			
mail			

DOSSIER DE CANDIDATURE

B- VOTRE VIE QUOTIDIENNE

B1 - VOTRE LIEU DE RESIDENCE

Vous vivez actuellement :

<input type="checkbox"/> Domicile personnel :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> En couple
	<input type="checkbox"/> Avec vos parents (ou l'un d'entre eux)	<input type="checkbox"/> Avec vos enfants (ou l'un d'entre eux)
<input type="checkbox"/> Domicile Familial :	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père
	<input type="checkbox"/> Les Deux	<input type="checkbox"/> Enfant(s)
	<input type="checkbox"/> Autre membre de la famille	
<input type="checkbox"/> En colocation, en habitat partagé		
<input type="checkbox"/> En famille d'accueil		
<input type="checkbox"/> dans une Structure médico-sociale :		
Laquelle ?		depuis le :
<input type="checkbox"/> dans une Structure sanitaire :		
Laquelle ?		depuis le :
<input type="checkbox"/> Autre (ex : hôtel,...), précisez :		

B2 - VOTRE VIE SOCIALE

Votre moyen de communication :

<input type="checkbox"/> Parole	<input type="checkbox"/> Gestes	<input type="checkbox"/> Autre :

Votre niveau de communication :

<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible
------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Vos centres d'intérêts et loisirs :

Pratiquez-vous une activité culturelle, sportive, de loisirs ? oui non

Laquelle, lesquelles ?

DOSSIER DE CANDIDATURE

B3 - POUR LES PERSONNES VIVANT A DOMICILE, AVEZ-VOUS UN OU DES PROCHE(S) AIDANT(S) ?

Nom de l'aidant 1		Nom de l'aidant 2	
Prénom de l'aidant 1		Prénom de l'aidant 2	
Adresse de l'aidant 1		Adresse de l'aidant 2	
Code postal		Code postal	
Commune		Commune	
Lien familial ou autre ?			
Nature de l'aide apportée par le (les) aidant(s) ?			
En cas d'empêchement de(s) aidant(s), avez-vous une solution de relais ? Si oui, laquelle ?			
En plus de l'aidant, bénéficiez-vous de l'intervention d'un Service d'aide à domicile ?			

C - VOTRE PARCOURS PERSONNEL

C1 - STRUCTURES FREQUENTEES ACTUELLEMENT

Nom de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire (ESMS) N°1 fréquenté à l'heure actuelle :			
Nom			
Catégorie d'ESSMS			
Adresse			
Commune		Code Postal	
N° téléphone		Date d'entrée dans la structure	
mail			

Nom de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire (ESMS) N°2 fréquenté à l'heure actuelle :			
Nom			
Catégorie d'ESSMS			
Adresse			
Commune		Code Postal	
N° téléphone		Date d'entrée dans la structure	
mail			

Nom de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire (ESMS) N°3 fréquenté à l'heure actuelle :			
Nom			
Catégorie d'ESSMS			
Adresse			
Commune		Code Postal	
N° téléphone		Date d'entrée dans la structure	
mail			

DOSSIER DE CANDIDATURE

C2 - 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... :

Emploi(s) précédents : durée, dates, employeurs, postes occupés... :

Hospitalisation(s) ou accueil(s) en structure(s) antérieur(s)

C3 - VOS SOUHAITS ET ATTENTES

Décrivez en quelques lignes votre projet de vie ou celui de votre proche ou enfant. (Centre d'intérêts, priorités, difficultés)

DOSSIER DE CANDIDATURE

D - VOS BESOINS**D1 - QUELS SONT VOS BESOINS EN MATIERE DE SANTE ?**

Prises en charge	Fréquence		
	Journalière	hebdomadaire	mensuelle
<input type="checkbox"/> Consultations médicales régulières			
<input type="checkbox"/> Hospitalisations programmées			
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers			
<input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie			
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute			
<input type="checkbox"/> Orthophoniste			
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute			
<input type="checkbox"/> Autre :			

Appareillage(s) :

<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique
<input type="checkbox"/> Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Orthèse ou prothèse	<input type="checkbox"/> Appareil auditif	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :			

D2 - QUELS SONT LES PROFESSIONNELS DE SANTE QUI INTERVIENNENT DÉJÀ AUPRES DE VOUS ?

	Nom	Adresse	Téléphone
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste			
<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste			
<input type="checkbox"/> Médecin hospitalier			
<input type="checkbox"/> Infirmière			
<input type="checkbox"/> Autres :			

DOSSIER DE CANDIDATURE

D - VOS BESOINS**D3 - QUELS SONT VOS BESOINS EN MATIERE D'AUTONOMIE ?**

Vie personnelle	<u>Seul</u>	<u>Aide partielle</u>	<u>Aide totale</u>
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son repos quotidien			
Accéder aux droits et à la citoyenneté			
Vivre dans un logement autonome			
Accéder à l'emploi ou à l'apprentissage			
Avoir une vie de famille			
Mobilité	<u>Seul</u>	<u>Aide partielle</u>	<u>Aide totale</u>
Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil...)			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

D4 - QUELS SONT VOS BESOINS POUR LA PARTICIPATION A LA VIE SOCIALE ?

Relations avec autrui	<u>Seul</u>	<u>Aide partielle</u>	<u>Aide totale</u>
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communiquer			
Comprendre des consignes simples			
Prendre des initiatives			
Prendre des décisions adaptées			
Respecter les règles de vie			