



# DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

FOYER D'ACCUEIL SPECIALISE

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

4, rue Berryer  
51800 SAINTE MENEHOULD  
☎ 03 26 60 63 65      📠 03 26 60 61 21

e-mail : [fas.secretariat@elan-argonnais.fr](mailto:fas.secretariat@elan-argonnais.fr)

Les réponses aux questions qui suivent sont importantes pour la suite à donner à votre demande. Nous vous prions de bien vouloir nous retourner ce dossier sous pli CONFIDENTIEL dans les meilleurs délais, accompagné **obligatoirement** des pièces demandées.

Après étude, nous vous informerons de la suite que nous réserverons à votre demande.

En tout état de cause, une suite ne pourra être donnée qu'en possession de l'ensemble des pièces administratives à fournir au préalable, notamment au regard des obligations réglementaires fixées par la MDPH et le Règlement Départemental de l'Aide Sociale de la Marne.

# SOMMAIRE

## I – Renseignements administratifs

- 1.1. Etat civil
- 1.2. Protection juridique des personnes
- 1.3. Fratrie
- 1.4. Parcours antérieur
- 1.5. Autonomie Financière
- 1.6. Suivi social
- 1.7. Autres informations administratives importantes

## II – Renseignements cliniques

- 2.1. Vie quotidienne
- 2.2. Soins infirmiers
- 2.3. Suivi médical
- 2.4. Interventions chirurgicales
- 2.5. Secteur psychiatrique

## III – Renseignements et situation professionnelle

- 3.1. Situation professionnelle

## IV – Prise en charge Foyer d'Accueil Spécialisé



Nom : .....

Prénom : .....

## I – Renseignements administratifs

### 1.1. Etat Civil

Nom : ..... Homme

Prénom : ..... Femme

N° sécurité sociale : .....

Adresse personnelle : ..... Né(e) le : .....

..... à : .....

..... Nationalité : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone Fixe : .....

Téléphone Mobile : .....

E-mail : .....

Votre situation :

Célibataire     Marié(e)     Pacsé(e)     Divorcé(e)     Autre

Avez-vous des enfants ?     Oui     Non

## 1.2. Protection juridique des personnes

Êtes-vous sous tutelle ?  oui  non  
 Etes-vous sous curatelle ?  oui  non  
 Etes-vous sous sauvegarde de justice ?  oui  non

Si oui

Mesure confiée à :  Père  Mère  Frère  Sœur  
 Service de tutelle Autre à préciser : .....

Date du jugement : .....

Nom du Mandataire Judiciaire :

.....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone du Mandataire : .....

Qui est à l'origine de la demande ? .....

Si non, une demande auprès du juge des tutelles est-elle en cours ?  oui  non

Adresse des parents : .....  
 .....  
 .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Profession du père :

En activité  En retraite  Invalidité  Sans profession  Décédé

Profession de la mère :

En activité  En retraite  Invalidité  Sans profession  Décédée

## 1.3. Fratric

Nom	Prénom	Né(e) le	Adresse éventuelle

#### 1.4. Parcours antérieur

Nom de l'Établissement et Adresse	Date Entrée	Date Sortie

#### 1.5. Autonomie Financière

Percevez-vous un salaire ?  oui  non  
 Une rémunération ?  oui  non  
 Si oui, indiquer le montant brut : ..... Le montant net : .....  
 Percevez-vous une allocation ?  oui  non

Si oui :

Allocation d'éducation spéciale Montant : .....  
 AAH Montant : .....  
 Allocation compensatrice Montant : .....  
 Pension d'invalidité Montant : .....  
 Allocation logement Montant : .....  
 Autre, à préciser ..... Montant : .....

Centre de paiement des Prestations : .....

Avez-vous en permanence avec vous :

Une carte bancaire oui  non   
 Un carnet de chèques oui  non

#### 1.6. Suivi social

Êtes-vous suivi(e) par un service social ?  oui  non

Si oui, lequel :

Le nom de la personne chargée du suivi : .....

Le service : .....

L'adresse : .....

.....

Téléphone : .....

#### 1.7. Autres informations administratives importantes que vous souhaitez porter à notre connaissance (décision de justice...)

.....  
 .....

## II – Renseignements cliniques

### 2.1 Vie Quotidienne

- **Alimentation**

Texture normale	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Texture moulinée	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Texture mixée	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Régime sans sel	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Régime diabétique	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Autres : (merci de préciser)				

.....  
.....

- **Locomotion**

Marche seul	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Monte et descend les escaliers sans aide	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Marche avec une canne	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Marche avec un déambulateur	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Marche impossible	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

- **Hygiène**

Toilettes assistée physiquement	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Habillage assisté physiquement	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Besoin de	1 Personne	<input type="checkbox"/>	2 Personnes	<input type="checkbox"/>

- **Elimination**

Incontinence urinaire	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser jour et/ou nuit				
Incontinence fécale	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser jour et/ou nuit				

- **Prothèses**

Lunettes	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Dentier	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Auditives	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Autres	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Préciser (genou, hanche, épaule...)				

## 2.2 Soins Infirmiers

Avez-vous des soins locaux OUI  NON   
 Nature du ou des soins, localisation, fréquence : .....

.....

.....

- **Soins Spécifiques**

Trachéotomie	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Sonde nasogastrique	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Sonde de jéjunostomie	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Sonde ou cathéter urinaire	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Stomie urinaire	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Stomie digestive	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Appareil pour apnée du sommeil	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Pompe à insuline	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Oxygénothérapie	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Aérosols	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

## 2.3 Suivi médical

SPECIALITE	FREQUENCE DU SUIVI ET DATE DU DERNIER RDV	NOM	COORDONNEES
Généraliste			
Gynéco			
Ophthalmo			
Dermato			
Neurologue			
Cardiologue			
Kinésithérapeute			
Orthophoniste			
Autres			

- Avez-vous un traitement médical ou une médication journalière ?

OUI  NON

**Si oui, merci de joindre la photocopie de l'ordonnance en cours de validité (forme, fréquence, injections, comprimés...)**

- Avez-vous une contraception ?

OUI  NON

Si oui, merci de préciser laquelle et la fréquence de prise (pilule en continu ou période d'arrêt)

Etes-vous réglée ?

OUI  NON

Si oui, merci de préciser si vous rencontrez des problèmes particuliers pendant cette période.

- Souffrez-vous d'une ou plusieurs pathologies associées ?

OUI  NON

Si oui, laquelle/lesquelles

- Avez-vous des allergies ?

OUI  NON

Si oui, merci de préciser ce à quoi vous êtes allergique et le type de réaction :

- Etes-vous à jour dans vos vaccinations ?

OUI  NON

Merci de fournir une copie de votre carnet de vaccinations.

## 2.4 Interventions chirurgicales

- Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? OUI  NON

Si oui, merci de préciser le type d'intervention et la date en complétant le tableau ci-dessous

Date	Type d'intervention

- Avez-vous été transfusé(e) ? OUI  NON

Si oui, merci de préciser les dates .....

## 2.5 Secteur psychiatrique

- Souffrez-vous d'un : Handicap psychique  Handicap mental

Merci d'apporter des précisions (ex : type de trouble psychique ou mental)

.....  
 .....  
 .....

- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) en psychiatrie ? OUI  NON

Si oui, merci de préciser les dates et lieux en complétant le tableau ci-dessous.

Etablissement	Adresse	Médecin	Date d'entrée	Date de sortie

### III – Renseignements et situation professionnelle

#### 3.1 Situation professionnelle

Avez-vous travaillé chez un employeur ?  Privé  Secteur public  non

Si oui :

Nom de l'entreprise	Poste occupé	Adresse	Date de l'entrée	Date de la sortie

Avez-vous déjà été admis en établissement de travail protégé ? OUI  NON

Si oui :

Nom de l'établissement ESAT et/ou Entreprise Adaptée ?	Adresse	Date de l'entrée	Date de la sortie

## IV – Pour une prise en charge FAS / FAM

Avez-vous déjà une expérience de la vie en collectivité ? OUI  NON

Si oui :

Nom de l'établissement	Adresse	Date de l'entrée	Date de la sortie

Votre histoire de vie (anamnèse) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Relations avec la famille :

.....

.....

.....

.....

Recueil des aptitudes de la personne :

- A s'exprimer (communication verbale, non verbale, capacité à faire une demande, affirmer ses choix...) :

.....

.....

.....

- A lire, écrire et compter :

.....

.....

.....

- A gérer votre budget :

.....

.....

.....

- A participer aux tâches de la vie quotidienne :

.....

.....

.....

- A s'inscrire aux activités (sollicitation...) :

.....  
.....  
.....

- A gérer votre temps libre :

.....  
.....  
.....

- A respecter les règles intra/extra institutionnelles :

.....  
.....  
.....

Recueil du contexte psychopathologique :

- Appartenance à un groupe (intégration, isolement..) :

.....  
.....  
.....

- Estime de soi :

.....  
.....  
.....

- Gestion des émotions (angoisse, anxiété, mal être, affectivité...) :

.....  
.....  
.....

- Observations cliniques (tolérance à la frustration, acceptation du différé...) :

.....  
.....  
.....

Vos centres d'intérêt :

.....  
.....  
.....

Vos attentes et souhaits :

.....  
.....  
.....

Remarques complémentaires :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

PERSONNE de CONFIANCE

---

Mr ou Mme .....

Demeurant à : .....

En qualité de : .....

Téléphone : .....

J'atteste que les renseignements portés dans ce document sont exacts.

Pour valoir ce que de droit.

Fait à, .....

Le .....

Le demandeur

Les parents

Le tuteur

Liste des pièces à fournir par retour du courrier, dans l'attente d'une éventuelle convocation à un entretien :

LISTE des documents à fournir à l'établissement

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :

- Notification CDAPH : Avis orientation – AAH et ACTP
- Carte d'identité
- Extrait d'acte de naissance
- R.I.B
- Copie ordonnance Jugement de Tutelle (s'il y a)
- Carte d'immatriculation C.A.F (numéro dossier) + notification
- Carte d'Invalidité
- Adresse Domicile de secours
- Adresses successives des 6 derniers mois (date d'arrivée et date de départ) avant l'hébergement en foyer
- Justificatifs ressources autres que C.A.F.
- Copie Avis d'Imposition sur le Revenu
- Photocopie des livrets d'épargne faisant apparaître les intérêts acquis au 1<sup>er</sup> janvier dernier, des titres, actions .... ou tout autre placement (ou attestation sur l'honneur que l'intéressé (e) n'en possède pas)
- Taxe foncière ou matrice cadastrale des biens immobiliers (ou attestation sur l'honneur que l'intéressé (e) n'en possède pas)
- Si l'intéressé (e) a fait une donation, donation-partage ou un legs postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les 10 ans qui l'ont précédé : joindre copie de l'acte établi par le notaire (dans le cas contraire, établir une attestation sur l'honneur que l'intéressé (e) n'a effectué aucune donation-partage)
- Si l'intéressé (e) a souscrit un contrat d'assurance vie, adresser copie du contrat (dans le cas contraire, établir une attestation sur l'honneur que l'intéressé (e) n'a souscrit aucun contrat d'assurance vie)
- Si retraité : notifications des pensions et retraites (principales et complémentaires) et justificatifs des virements du dernier trimestre (rente A.T, Allocation veuvage, Pension invalidité,...).
- Si salarié en ESAT : photocopie des 3 derniers bulletins de salaire
- Rapport de synthèse institutionnel
- Projet individualisé

DOCUMENTS MEDICAUX :

- Comptes rendus médicaux : compte-rendu hospitalier initial (si nécessaire), compte-rendu hospitalier actualisé
- Scanner ou IRM cérébrale (si nécessaire)
- Examen neuropsychologique (si nécessaire)
- Bilan sanguin récent
- Copie du dossier médical et du dossier de soins (sous pli, dans une enveloppe avec la mention « renseignements médicaux-pli confidentiel »)
- Copie du carnet de santé
- Attestation Assuré Social – CPAM et Carte vitale
- Carte Mutuelle
- Autorisation d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale
- Autorisation de contraception si possible
- Compte-rendu de réanimation
- Compte-rendu de rééducation
- Compte-rendu d'expertise
- Bilan psychiatrique (datant de moins de 3 mois)
- Bilan psychologique précisant la situation de handicap
- Rapport de réunion de projet