

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

**AU FOYER DE VIE
« Le Jolivet »**

6 rue de la Libération
51600 SUIPPES

 03 26 70 03 65

 03 26 66 37 73

e-mail : le.jolivet.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

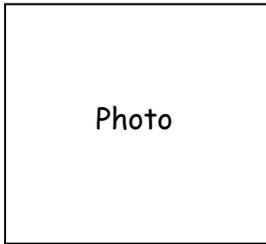
II – Renseignements cliniques

- 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 :

A :

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
 Êtes-vous sous curatelle ? oui non
 Êtes-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. Fratrerie

Nom	Prénom	Né(e) le	Adresse éventuelle

1.4. Parcours antérieur

Nom de l'Etablissement 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 : 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			
Ophtalmo			
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) :

.....

Relation avec la famille :

.....

Recueil des aptitudes de la personne :

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

.....

- à lire, écrire et compter :

.....

- à gérer votre budget :

.....

...

- à participer aux tâches de la vie quotidienne :

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

- à se repérer dans le temps et l'espace :

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

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

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

- à gérer votre temps libre :

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

- à 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 supplémentaires :

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

PERSONNE de CONFIANCE

Monsieur ou Madame :
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^{er} 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