

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

- ESAT
- SAVS / SAMSAH
- FOYER D'HEBERGEMENT

24 rue Gaillot Aubert
51800 SAINTE MENEHOULD
☎ 03 26 60 09 03

e-mail : esat@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 de votre dossier, nous vous informerons de notre position quant à la suite que nous réserverons à votre demande.

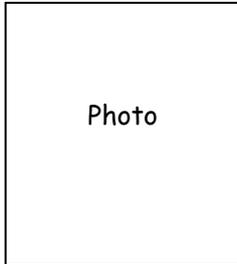
En tout état de cause, une admission ne pourra être prononcée qu'après réception des pièces administratives demandées, notamment au regard des obligations réglementaires fixées par la MDPH et le Règlement Départemental de l'Aide Sociale de la Marne.

SOMMAIRE

VOLET 1 - SITUATION ADMINISTRATIVE	4
I. ETAT CIVIL	4
➤ Situation familiale	4
➤ Adresse du lieu de vie	4
➤ Adresse de la famille ou d'un proche #1	5
➤ Adresse de la famille ou d'un proche #2	5
➤ Adresse de la famille ou d'un proche #3	5
II. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	6
➤ M.D.P.H	6
➤ Sécurité Sociale	6
➤ Mutuelle / Complémentaire santé	7
➤ Prestations familiales	7
➤ Mesure de protection	7
➤ Autonomie financière	8
VOLET 2 - VIE SOCIALE	9
I. PARCOURS PERSONNEL	9
➤ Parcours scolaire et de formation	9
➤ Parcours professionnel et/ou activité(s)	10
➤ Parcours institutionnel	10
II. RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX	11
➤ Situation familiale	11
III. VIE QUOTIDIENNE	12
➤ Autonomie dans la vie quotidienne	12
➤ Centres d'intérêts	13
VOLET 3 - DOSSIER MÉDICAL	14
I. RENSEIGNEMENTS LIES A L'ORIGINE DU HANDICAP	15
➤ Handicap principal – Diagnostic médical	15
➤ Handicap(s) associé(s)	15
➤ Suivi psychiatrique	15
II. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX	16
➤ Antécédents médicaux	16
➤ Traitement médicamenteux	16
➤ Intervenants médicaux et paramédicaux	17
➤ Éléments complémentaires d'anamnèse	18
VOLET 4 - PROJET DE VIE	19
➤ Concernant votre lieu de vie	19
➤ Concernant votre vie quotidienne	19
➤ Concernant votre vie professionnelle	20
➤ Concernant vos loisirs	20
➤ Concernant votre santé	20
Liste des documents à joindre	21

VOLET 1 SITUATION ADMINISTRATIVE

I. ETAT CIVIL



Civilité : Nom:

Prénom :

Nom de jeune fille.....

Né(e) le : Lieu de naissance :

.....

Nationalité :

➤ Situation familiale

Célibataire Vie maritale Marié(e) Pacsé(e)

Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants : Au foyer Hors du foyer

Âges des enfants :

➤ Adresse du lieu de vie

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Tél. portable :

E-mail :

Si vous vivez dans un logement indépendant, précisez si vous êtes :

Propriétaire Locataire

Si vous êtes hébergé, quel est le lien entre la personne qui vous héberge et vous ?

.....

➤ Adresse de la famille ou d'un proche #1

Nom : Prénom :

Lien de parenté :
.....

Adresse :
.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Tél. portable :

E-mail :

➤ Adresse de la famille ou d'un proche #2

Nom : Prénom :

Lien de parenté :
.....

Adresse :
.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Tél. portable :

E-mail :

➤ Adresse de la famille ou d'un proche #3

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :
.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Tél. portable :

E-mail :

II. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

➤ M.D.P.H

Avez-vous un dossier à la MDPH ? Oui Non

Caisse d'allocation : CAF MSA (Rayer la mention inutile)

N° allocataire :

Caisse d'affiliation :

Adresse :

Code postal : Ville :

➤ **Mesure de protection**

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection judiciaire ? Oui Non

• Si oui : Nature de la mesure :

 Date du jugement : Date de validité :

Organisme ou personne exerçant le mandat de protection :

 Organisme :

 Civilité : Nom : Prénom :

 Lien de parenté le cas échéant :

 Adresse :

 Code postal : Ville :

 Téléphone : Tél. portable :

 E-mail :

• Si non : une demande auprès du juge des tutelles est-elle en cours ? Oui Non

➤ **Autonomie financière**

cocher la (les) case(s) correspondante(s)	Ressources	Montants
<input type="checkbox"/>	Salaire	
<input type="checkbox"/>	Retraite	
<input type="checkbox"/>	Allocation chômage	
<input type="checkbox"/>	Pension d'invalidité	
<input type="checkbox"/>	Indemnités journalières	
<input type="checkbox"/>	Allocation Adulte Handicapé (AAH)	
<input type="checkbox"/>	Allocation compensatrice	
<input type="checkbox"/>	Allocation logement	
<input type="checkbox"/>	Autre (à préciser)	

Utilisez-vous une carte bancaire

Oui

Non

Utilisez-vous un carnet de chèques

Oui

Non

VOLET 2 VIE SOCIALE

I. PARCOURS PERSONNEL

➤ Parcours scolaire et de formation

Établissement scolaire ou organisme de formation	Années	Type d'étude ou de formation	Dernières classes fréquentées	Résultats / Diplômes

Savez-vous :

- Lire Oui Non
- Écrire Oui Non
- Compter Oui Non
- Calculer Oui Non

➤ **Parcours professionnel et/ou activité(s)**

Employeurs ou organismes fréquentés (Préciser si : emploi, stage, bénévolat, ...)	Fonction occupée	Date de début	Date de fin

➤ **Parcours institutionnel**

Avez-vous déjà été accueilli dans un établissement ou accompagné par un service social ou médico-social ?

Oui Non

• Si oui :

Nom de l'établissement ou du service	Coordonnées de l'établissement ou du service	Date d'entrée	Date de sortie

Souhaitez-vous apporter des précisions complémentaires concernant votre parcours personnel ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

➤ Situation familiale

• **Père** Nom : Prénom:

Situation : En activité (profession :)

Retraité En recherche d'emploi Invalidité

Sans emploi Décédé

• **Mère** Nom : Prénom:

Situation : En activité (profession :)

Retraitée En recherche d'emploi Invalidité

Sans emploi Décédée

Situation matrimoniale des parents :

Mariés Pacsés Divorcés Autres :

• **Fratrie** Nombre de frères et sœurs :

Nom Prénom	Âge	Coordonnées éventuelles

• Relations familiales

Si vous le souhaitez, précisez quelles sont vos relations avec vos parents, vos frères et sœurs :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. VIE QUOTIDIENNE

➤ Autonomie dans la vie quotidienne

Êtes-vous autonome ou avez-vous besoin d'une aide concernant :

- **Les soins d'hygiène et de présentation**
Hygiène corporelle, présentation vestimentaire, ...
 Autonome Aide partielle Aide totale
- **La communication**
Communication orale ou écrite, utiliser un téléphone, un ordinateur, ...
 Autonome Aide partielle Aide totale
- **L'alimentation**
Faire ses achats, préparer et prendre ses repas, ...
 Autonome Aide partielle Aide totale
- **Le logement – Les tâches ménagères**
Entretien du logement, du linge, petite maintenance courante, ...
 Autonome Aide partielle Aide totale
- **Les soins médicaux**
Gestion des rendez-vous, préparation des traitements, petits soins du quotidien, ...
 Autonome Aide partielle Aide totale
- **La gestion de vos loisirs**
Organisation des temps libres, pratiquer des activités, ...
 Autonome Aide partielle Aide totale
- **Le repérage dans le temps**
S'organiser et se repérer sur un calendrier, ...
 Autonome Aide partielle Aide totale
- **La vie relationnelle**
S'affirmer, solliciter une aide de quelqu'un, nouer des relations, ...
 Autonome Aide partielle Aide totale
- **Les déplacements**
Se repérer, utiliser un moyen de transport individuel ou collectif, ...
 Autonome Aide partielle Aide totale
- **La gestion financière**
Prévoir et payer ses achats, gérer ses comptes, ...
 Autonome Aide partielle Aide totale

NB. Concernant les déplacements :

- Êtes-vous titulaire :
 - Du permis de conduire :
 - Non Oui (catégorie :)
 - De l'attestation de sécurité routière (pour les personnes nées après 1987)
 - Non Oui

- Possédez-vous un moyen de déplacement individuel :

Non Oui (type :)

➤ **Centres d'intérêts**

Avez-vous des centres d'intérêts particuliers (loisirs, pratique sportive ou culturelle, ...) ?

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

Souhaitez-vous apporter des précisions complémentaires concernant votre vie quotidienne ?

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

VOLET 3 DOSSIER MÉDICAL

IMPORTANT

Ce volet « Dossier médical » est à remplir par le médecin référent du demandeur, et à renvoyer sous pli cacheté portant la mention :
« Dossier médical confidentiel », à l'attention du médecin

Demander

Nom Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse actuelle (domicile ou établissement) :

.....

.....

.....

Téléphone : Mobile :

E-mail :

DOSSIER MEDICAL

Personne à prévenir

Nom Prénom :

Lien avec le demandeur :

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone : Mobile :

E-mail :

Médecin référent du demandeur

Nom :

Coordonnées :

Téléphone : Mobile :

E-mail :

Signature

Cachet

I. RENSEIGNEMENTS LIES A L'ORIGINE DU HANDICAP

➤ Handicap principal – Diagnostic médical

.....
.....

Handicap congénital acquis (depuis le :)

• Manifestations du handicap principal :

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

• Troubles du comportement associés : oui non

Si oui, type :

.....
.....

➤ Handicap(s) associé(s)

Diagnostic et description :

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

➤ Suivi psychiatrique

Oui Non

Si oui, suivi mis en place depuis quelle année ?

Coordonnées du médecin psychiatre :

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

DOSSIER MEDICAL

II. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

➤ Antécédents médicaux

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addiction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOSSIER MEDICAL

Et / ou troubles associés

	Oui	Non	Précisions complémentaires
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles de la mémoire

Troubles du raisonnement

Troubles du langage

Troubles moteur

Autre :

➤ **Traitement médicamenteux**

Le patient suit régulièrement un traitement médicamenteux Oui Non

Si oui : Il est autonome pour préparer son traitement Oui Non

Il est autonome pour prendre son traitement Oui Non

➤ **Intervenants médicaux et paramédicaux**

- Le patient est-il suivi régulièrement par un/des médecin(s) spécialiste(s) ?

Oui Non

DOSSIER MEDICAL

Nom : Spécialité :
Coordonnées :
Téléphone :

Nom : Spécialité :
Coordonnées :
Téléphone :

Nom : Spécialité :
Coordonnées :
Téléphone :

NB. Afin que le dossier de demande d'admission puisse être étudié à la lumière de tous les éléments, merci de joindre à celui-ci tout document utile (comptes rendus médicaux, comptes rendus d'hospitalisation, prescriptions médicales en cours, ...).

VOLET 4 **PROJET DE VIE**

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez (rayer la ou les mention(s) inutile(s)) :

- travailler au sein de l'ESAT,
- bénéficier d'un accompagnement par le SAVS ou le SAMSAH,
- être accueilli(e) au Foyer d'Hébergement.

Merci de préciser ici si vous avez des souhaits particuliers pour votre avenir.

Vous pouvez, pour compléter ce document, utiliser tous les moyens que vous souhaitez (écrits, photos, dessins, ...), et vous pouvez bien entendu vous faire aider par la personne de votre choix.

➤ **Concernant votre lieu de vie :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ **Concernant votre vie quotidienne :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ Concernant votre vie professionnelle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ Concernant vos loisirs :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ Concernant votre santé :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Document rempli par :

.....

Nom de l'aidant s'il y a lieu :

.....

(Fonction de l'aidant ou lien avec le demandeur :)

Date :

Signature

Liste des documents à joindre à votre demande d'admission

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :

- Notifications d'orientation en ESAT, Foyer d'Hébergement, SAVS ou SAMSAH
- Notification d'attribution de l'AAH
- Photocopie couleur de la carte d'identité
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie couleur de la carte d'invalidité
- 1 photo d'identité
- Photocopie du jugement de tutelle

DOCUMENTS MEDICAUX (sous pli confidentiel) :

- Comptes rendus médicaux
- Comptes-rendus d'hospitalisation récents
- Compte-rendu de rééducation
- Carte Mutuelle
- Attestation Assuré Social – CPAM et Carte vitale
- Copie du carnet de santé

Lors de l'éventuelle convocation d'admission, se munir :

- D'un relevé d'identité bancaire
- De votre carte d'assuré social
- De carte et de votre numéro d'allocataire
- Des deux derniers bulletins de salaire
- Dernière feuille d'imposition
- D'un justificatif de domicile (facture EDF, téléphone, quittance de loyer, ...)

Important

Seuls les dossiers complets pourront être étudiés. Ces documents resteront confidentiels et ne pourront pas être reproduits. En cas de rejet de votre demande, les documents transmis vous seront retournés.

Le fait de remplir et de nous transmettre ce dossier de demande d'admission ne constitue pas un engagement, ni pour vous, ni pour l'association Elan Argonnais.

Dossier à retourner à l'adresse suivante :

Association Elan Argonnais
Dossier de demande d'admission
24 rue Gaillot Aubert
51800 SAINTE MENEHOULD