



**DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN
ÉTABLISSEMENT ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX
POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**



**Association Sésame Autisme Occitanie Est
Pôle Gard Adultes**

Foyer d'Accueil Médicalisé Pradelle
Euzière
30125 SAUMANE
Tel : 04.66.56.29.29 – b.alcamisi@saoe.fr

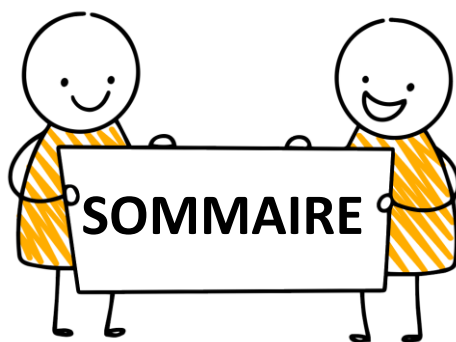
Siège social : 22 rue Aristide Boucicaut – 11100 NARBONNE
N° SIREN : 405 329 632 — APE 8899B

Le dossier unique de demande d'admission en établissement et service pour personne en situation de handicap vise à simplifier le processus d'admission. Dorénavant il vous sera demandé une information unique quel que soit le nombre d'établissements que vous sollicitez.

Le dossier est à remplir une seule fois puis à photocopier pour envoi par courrier aux établissements sollicités.

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d'admission ne vaut pas admission. L'établissement ou service sollicité s'engage à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois suite à son dépôt considéré complet.

Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter la MDPH ou le (ou les) établissement(s) que vous sollicitez pour admission.



VOTRE DOSSIER :

A/ VOLET ADMINISTRATIF page 3

B/ VOLET PARCOURS PERSONNEL page 9

C/ VOLET AUTONOMIE page 14

Liste des pièces à joindre au dossier page 16

Accusé de réception page 17

Réponse à la demande d'admission page 18

Glossaire page 19

Les trois volets : administratif, parcours personnel et autonomie, sont renseignés par le demandeur ou toute personne habilitée à le faire (parents, tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux...).

1. Identification (informations concernant le demandeur, bénéficiaire d'une orientation de la CDAPH)

- **Etat civil**

Civilité (cocher la case correspondante) Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Lieu de naissance : Commune :

Code postal :

Pays :

- **Situation familiale**

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale
(cocher la case correspondante)

Séparé(e) Divorcé(e) Veuf/veuve

Nombre enfant(s) : Dont nombre d'enfant(s) à charge :

Nombre de frère(s) et sœur(s) : Dont nombre de personnes en situation de handicap :

- **Renseignements administratifs et décision de la CDAPH**

N° de sécurité sociale :

Nom de la caisse de sécurité sociale :

CPAM du Gard MSA du Languedoc Autre (préciser) :

N° de dossier MDPH :

MDPH : de l'Aude (11) Du Gard (30) De l'Hérault (34) Des Pyrénées-Orientales (66)

Autre (préciser) :

Orientation de la CDAPH (préciser le(s) type(s) d'établissement(s) ou service(s) et **joindre une copie de la notification**) :

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

Date d'effet de la décision :

Date de fin de la décision :

2. Lieu de résidence

- **Vous résidez actuellement (cocher la ou les case(s) correspondante(s)) :**

Domicile personnel

Hébergé(e) au domicile familial : Mère Père Les deux Autre

Structure médico-sociale* : Depuis le :

Structure sanitaire* : Depuis le :

Autre, préciser (ex : hôtel, famille d'accueil...) :

.....
.....

- **Adresse du lieu de résidence**

Adresse :

Commune :

Code postal :

Département :

N° téléphone : Portable :

E-mail :@.....

3. Mesures de protection

- **Mesure de protection juridique des majeurs (plus de 18 ans):**

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? (cocher la case correspondante)

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> En cours d'évaluation	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

Si « oui » ou « demande en cours », s'agit-il d'une : (cocher la case correspondante)

<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Curatelle simple
<input type="checkbox"/> Curatelle renforcée	<input type="checkbox"/> Tutelle
<input type="checkbox"/> Habilitation familiale	

Coordonnées du mandataire désigné pour exercer la mesure :

.....
.....

5. Situation actuelle

- **Situation actuelle pour les mineurs et jeunes adultes (jusqu'à 20 ans) :**

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les cases correspondante(s)) :

Accompagnement	Scolarisation / Formation
<input type="checkbox"/> Accompagné par un service médico-social*	<input type="checkbox"/> Scolarisé en milieu ordinaire
<input type="checkbox"/> Accompagné par un établissement médico-social*	<input type="checkbox"/> Scolarisé en établissement médico-social*
<input type="checkbox"/> Hospitalisé en établissement sanitaire	<input type="checkbox"/> Formation professionnelle
<input type="checkbox"/> Sans accueil ni accompagnement	<input type="checkbox"/> Si ULIS :
<input type="checkbox"/> Accompagné par des professionnels libéraux	<input type="radio"/> ULIS École <input type="radio"/> ULIS Collège <input type="radio"/> ULIS Lycée
<input type="checkbox"/> Autre, à préciser :	<input type="checkbox"/> Autre, à préciser :
.....
.....

- **Situation actuelle pour les adultes :**

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les cases correspondante(s)) :

Accompagnement	Formation / Emploi
<input type="checkbox"/> Accueilli en famille d'accueil	<input type="checkbox"/> En formation professionnelle
<input type="checkbox"/> Accompagné par un service médico-social*	<input type="checkbox"/> Exerce une activité professionnelle
<input type="checkbox"/> Accompagné par un établissement médico-social*	<input type="checkbox"/> En recherche d'activité professionnelle
<input type="checkbox"/> Hospitalisé en établissement sanitaire*	<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle
<input type="checkbox"/> Sans accueil ni accompagnement	<input type="checkbox"/> Retraité
<input type="checkbox"/> Accompagné par des professionnels libéraux	<input type="checkbox"/> Autre, à préciser :
<input type="checkbox"/> Autre, à préciser :
.....

Adresse du lieu de travail et/ou formation :

.....

.....

.....

• **Médecins qui vous suivent habituellement**

▪ Médecin traitant

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Commune :

Département :

N° téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail :@.....

J'autorise la structure à contacter le médecin traitant : **Oui** **Non**

▪ Médecin(s) spécialiste(s)

(exemples : neurologue, rééducation fonctionnelle, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue...)

Dans le cas où il y a un suivi par plusieurs médecins, merci de les préciser

Nom :

Spécialité médicale :

Adresse :

Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Commune :

Département :

N° téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail :

Nom :

Spécialité médicale :

Adresse :

Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Commune :

Département :

N° téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail :

6. Structures fréquentées actuellement

- Etablissement/ service

Dans le cas où il y a un suivi e/ou accueil par plusieurs établissements et/ou services, merci de les préciser.

Nom de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°1) :																						
.....																						
.....																						
Catégorie d'ESMS* :																						
Adresse :																						
.....																						
.....																						
Commune :	Code postal : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Département :																						
N° téléphone : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						
E-mail :																						
.....@.....																						
Date d'entrée dans la structure : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						

Nom de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°2) :																						
.....																						
.....																						
Catégorie d'ESMS* :																						
Adresse :																						
.....																						
.....																						
Commune :	Code postal : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Département :																						
N° téléphone : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						
E-mail :																						
.....@.....																						
Date d'entrée dans la structure : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						

9. Autonomie

Cocher la case correspondante

Soins personnels	Seul	Aide partielle	Aide totale
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son repos quotidien			

Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale
Faire ses transferts (exemple : 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			

Exigence générale et relations avec autrui	Pas de difficultés	Difficultés moyennes	Ne fait pas
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension de consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie			
Relations avec autrui			

Vie domestique et courante	OUI	NON
Gérer son traitement (médicamenteux et/ou autre)		
Faire ses courses		
Préparer un repas		
Entretien du linge, vêtements...		
Faire son ménage		
Gérer son budget		
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)		

Fonctions sensorielles	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Ouïe			
Vue			

Prises en charge	OUI	NON	Si Oui,		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					

- **Appareillage(s)** cocher la ou les case(s) correspondante(s) :

Canne Déambulateur Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant électrique

Lit médicalisé Orthèse ou prothèse Appareil auditif

Autre (préciser) :

.....

Observations :

.....

.....

.....

.....

Date de la demande : <input type="text"/>	
Dossier rempli par : NOM Prénom :	
<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Éducateur <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
Signature(s) de(s) la personne(s) concernée(s) et/ou de son représentant légal :	
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Signature	Signature

Liste des pièces à joindre au dossier

- Copie de la pièce d'identité
- Copie de l'attestation de sécurité sociale
- Copie du jugement de tutelle, si concerné
- Copie de la décision d'orientation en FAM prononcée par la CDAPH
- Copie du certificat médical avec diagnostic
- Copie de la synthèse éducative

A l'attention de :

[Nom et coordonnées de la personne
concernée et/ou de son représentant légal]

Accusé de réception

Cet accusé de réception est à remplir par l'établissement ou service médico-social qui a été sollicité. La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal) comme preuve de dépôt.

Dossier réceptionné le :

Nom de l'établissement ou du service médico-social :

Nom du Directeur de la Structure :

Adresse de la structure :

Commune :

Code postal :

Département :

N° téléphone :

E-mail :@.....

Dossier complet

Dossier incomplet, pièces manquantes :

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

Fait le

À

Signature du Directeur	Cachet de l'établissement

A l'attention de :

*[Nom et coordonnées de la personne
concernée et/ou de son représentant légal]*

Réponse à la demande d'admission

La réponse à la demande d'admission est à remplir par l'établissement ou service médico-social qui a été sollicité dans un délai maximum de 2 mois à compter de la réception de la demande. La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal) ainsi qu'à la MDPH.

Dossier réceptionné le :

Nom de l'établissement ou du service médico-social :

Nom du Directeur de la Structure :

Adresse de la structure :

Commune :

Code postal : Département :

N° téléphone :

E-mail :@.....

Décision :

- Admis
- Admissible, sur liste d'attente
- Non admissible

En cas de « non admissible », justifications :

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

Fait le À

Signature du Directeur	Cachet de l'établissement



MDPH : Maison départemental des Personnes Handicapées

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

ESMS : Etablissements et services médico-sociaux

***Liste des établissements médico-sociaux** : Centre d'accueil médico-social précoce (C.A.M.S.P.) ; Centre Médico-Psycho- Pédagogique (C.M.P.P.) ; Institution médico-éducatif(I.M.E.) ; Institution thérapeutique éducatif et pédagogique (I.T.E.P.) ; Institut d'éducation motrice (I.E.M.) ; Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés (E.E.A.P.) ; Institut pour Déficiants Auditifs (I.D.A.) ; Institut pour Déficiants Visuels (I.D.V.) ; Bureau d'Aide Psychologique Univeæitaire (B.A.P.U.) ; Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.) ; Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (F.A.M.) ; Foyer d'hébergement (F.H.) ; Foyer de vie (F.V.) ; Foyer d'accueil polyvalent (F.P.) ; Etablissement et service d'aide par le travail (E.S.A.T.) ; Centre de pré orientation (C.P.O.) ; Centre de rééducation professionnelle (C.R.P.)

***liste des services médico-sociaux** : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (S.E.S.S.A.D.) ; Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (S.A.M.S.A.H.) ; Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.) ; Service de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D.) Service Polyvalent Aide et Soins A Domicile (S.P.A.S.A.D.) ; Service Prestataire d'Aide à Domicile (S.A.A.D.)

***liste des établissements sanitaires** : Hôpital ; Hôpital de jour ; Hospitalisation à domicile (H.A.D.) ; Centre médico-pédagogique (C.M.P.)

***Autres** : Protection Maternelle et infantile (PMI) ; Structures classiques (halte-garderie, jardin d'enfants, centre de loisirs) ; Entreprise adaptée (E.A.) ...