



Complexe APF France Handicap
« Le Petit Plan »
99 allée Jean ZAY
83300 DRAGUIGNAN
☎ 04.94.39.43.50

Admission en établissement (adulte)

Dossier Social

DOSSIER **COMPLET** A RETOURNER IMPERATIVEMENT PAR COURRIER

PHOTO

Nom :

Prénom :

Sexe : M/F*

Nationalité :

Né(e) le :

Lieu et Département de naissance :

Adresse :

N° de téléphone :

Adresse Mail :

Questionnaire renseigné par :

Nom :

Prénom :

Qualité :

Téléphone :

Adresse Mail :

FICHE D'IDENTITE ADMINISTRATIVE

❖ Assurance Maladie :

■ Régime :

■ N° de Sécurité Sociale :

■ Adresse de la Caisse :

■ Exonération du Ticket Modérateur : Oui/Non*

❖ Mutuelle :

■ Nom et Adresse :

■ Téléphone :

❖ Pensions, Allocations :

■ Bénéficiaire d'une Allocation Adulte Handicapé : Oui/Non *

■ Date d'attribution :

■ Date d'expiration :

■ Nom et Adresse de la Caisse :

■ N°d'allocataire :

*Rayer les mentions inutiles

▪ **Autres Pensions :**

Type : (Pension d'Invalidité, rente Accident de Travail, Pension Orphelin, rente prévoyance...)

.....

▪ **N° d'affiliation :**

▪ **Nom et coordonnées de l'organisme :**

.....

❖ **M.D.P.H :**

▪ **Adresse de la C.D.A.P.H :**

.....

▪ **Tel :**

▪ **Notification d'orientation** : Dans quel type d'établissement ? **FAM / FO / MAS*** ?

▪ **Accueil** : Quel type d'Accueil ? **Permanent** ou **Temporaire** ou **Accueil de Jour*** ?

▪ **Dossier N° :**

▪ **Date de validité** : du.....au.....

▪ **Notification de P.C.H** : (Aide Humaine, transport...)

▪ **Nature et dates de validité :**

▪ **Carte d'Invalidité** :

▪ **Taux :**

▪ **Dates de validité :**

❖ **Mesure de Protection :**

▪ **Nature**, (tutelle, curatelle...) :

▪ **Adresse du responsable légal désigné :**

.....

.....

▪ **Tel :**

❖ **Nom et coordonnées de la personne de confiance à prévenir en cas d'urgence :**

.....

.....

❖ **Filiation :**

▪ **Père** :

▪ **Adresse** :

.....

.....

▪ **Tel :**

*Rayer les mentions inutiles

▪ Mère :

▪ Adresse :

▪ Tel :

❖ *Fratrie :*

▪ Frère(s) :

▪ Adresse, Tel:

▪ Profession :

▪ Sœur(s) :

▪ Adresse, Tel:

▪ Profession :

❖ *Situation actuelle :*

▪ Vous habitez : Seul, en famille, en collectivité*

Coordonnées de l'établissement, date d'entrée, coordonnées de la personne référente :

▪ Vous êtes : Marié, célibataire, union libre, séparé*

▪ Noms et âges des enfants :

[illegible][illegible][illegible]

❖ **Histoire de vie et faits marquants à connaître :** (*origine du Handicap, maladie, accident...*)

❖ **Mode de communication et aide éventuelle :** (*Utilisation synthèse vocale, téléphone, PC, internet, autres...*)

❖ **Mode de déplacement intra et extra muros :**

❖ **Activités et loisirs appréciés :**

❖ **Habitudes quotidiennes ?**

❖ **Gestion et valeur de l'argent :**

- **Disposez-vous de moyens de paiement** (CB/chéquiers/espèces) ?

.....

.....

- **Etes-vous autonome dans cette gestion ?**

.....

.....

- **Avez-vous besoin de l'aide d'un tiers ? Et quelles sont vos attentes ?**

.....

.....

.....

❖ **Y a-t-il des points de vigilance particuliers à exercer ? (tabac, alcool, Etc...)**

- **À titre individuel ?**

.....

.....

.....

- **Dans votre relation au groupe ?**

.....

.....

.....

- **À l'extérieur?**

.....

.....

.....

❖ **Avez-vous des remarques particulières à formuler ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à le

Signature de l'intéressé :

Signature du représentant Légal :



LISTE DES PIECES A FOURNIR

Dossier PRE-ADMISSION

- ☐ Copie de la décision d'**orientation** en **Accueil Temporaire/Permanent/ Accueil de Jour** de la MDPH en cours de validité.
- ☐ FO ou FAM : Notification de prise en charge de l'accueil au titre de l'Aide Sociale
- ☐ Attestation du décompte des jours d'accueil déjà utilisés (voir modèle)
- ☐ Attestation de Responsabilité Civile **en cours de validité**.
- ☐ Copie de la carte d'identité en cours de validité.
- ☐ Copie du jugement de mesure de protection
- ☐ Copie de l'attestation de sécurité sociale en cours de validité (ou CMU)
- ☐ Copie de la carte d'adhésion mutuelle pour l'année en cours (ou copie de la CMUC).
- ☐ **Bilan Social, Psychologique, Educatif et de façon générale tout élément qui nous permettra de mieux appréhender la situation**

NB : un règlement de x € (x jours x 20 € Forfait journalier ou 8€ pour l'accueil de jour) vous sera demandé lorsque l'admission sera actée. Ce montant correspond à votre « reste à charge », il sera encaissé à la fin du séjour, vous recevrez une facture acquittée à votre domicile.

MODELE D'ATTESTATION
(Décompte des jours d'accueil utilisés)

MODELE D'ATTESTATION
(Décompte des jours d'accueil utilisés)

Je soussigné, M. Mme _____ déclare avoir utilisé _____ jours d'accueil temporaire en établissement
médico-social, depuis le _____, date du début de validité de ma notification émanant de la Maison
Départementale des Personnes Handicapées.

J'atteste donc respecter les modalités et le cadre de l'accord établi par la Commission de la MDPH.

Le :

Signature