



N° de dossier :

DOSSIER DE CANDIDATURE

Nom :

Prénom :

Pour étudier votre candidature, veuillez nous communiquer impérativement les documents suivants :

- La notification MDPH (**M**aison **D**épartementale des **P**ersonnes **H**andicapées) accordant le Placement en Foyer de Vie ou en Foyer Occupationnel
- Attestation de Reprise (voir page 14 du dossier)
- D'un compte-rendu d'examen psychiatrique et psychologique datant de moins de 3 mois.
- D'un rapport de comportement datant de moins de 3 mois.

PROJET DU CANDIDAT

PROJET DU CANDIDAT SUR SON ACCUEIL EN FOYER DE VIE

Depuis combien de temps l'idée de la demande est-elle engagée ?

Quelles sont les attentes du candidat ?

Comprend t-il son projet d'accueil ?

| | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Accompagné ⁽¹⁾ | Moyen ⁽²⁾ | Capable de ⁽³⁾ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A t-il des aptitudes particulières ? Si oui, lesquelles ?

Joindre si possible une lettre de motivation de l'intéressé

(1) La personne a besoin d'un solide accompagnement : perception partielle du projet d'accueil.
(2) La personne comprend après avoir eu des explications : nécessité d'une personne relais.
(3) Autodétermination de l'intéressé.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER

(à remplir impérativement)

Nom et Prénom :

Qualité :

Adresse

Tél :

Mail :

LE CANDIDAT

PHOTO D'IDENTITÉ

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Situation familiale :

Adresse actuelle :

N° de Sécurité Sociale :

Perçoit-il l'Allocation Adulte Handicapé ?

Est-il sous mesure de protection ?

Si oui, laquelle ? :

Nom et adresse du Tuteur :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Adresse et Téléphone :

Dans quel Etablissement est-il accueilli actuellement ? (Nom et adresse) :

Quel est le département de prise en charge pour l'Aide Sociale ? :

Quel organisme assure sa couverture sociale ?:

Carte Mobilité Inclusion (doit être valable au moins 2 ans) oui non

Si oui N° :

Taux d'invalidité :

Numéro d'usager dans ViaTrajectoire :

PARCOURS DE VIE

LE POSTULANT :

1. Est-il toujours resté en famille ? oui non
2. A-t-il encore sa famille naturelle ? oui non
3. A t-il été en famille d'accueil ? oui non
(si oui, précisez la durée)
4. A t-il suivi une scolarité ? oui non
(si oui, de quel niveau ?)
5. A t-il reçu une formation professionnelle ? oui non
(si oui, laquelle ?)

6. Diplômes éventuels :

7. A-t-il été accueilli en :

Périodes

- I.M.P : Oui Non

- I.M.P.R.O : Oui Non

- E.S.A.T : Oui Non

- C.H.S : Oui Non

- Autres : Oui Non

8. Autres situations

FAMILLE

Indiquez pour chacun : nom, prénom, âge, profession, adresse, téléphone.

Père :

Mère:

Fratie :

Autres personnes (indiquez le lien de parenté éventuel):

Situation relationnelle avec la famille :
(courrier, séjours, visites, appels téléphoniques : quelle fréquence?)

Evénements marquants au sein de la famille :

Personnes susceptibles de le recevoir pour des week-ends ou des séjours familiaux :

AUTONOMIE

**Le candidat peut-il faire seul les actes essentiels suivants ? :
(si non préciser dans quelle condition) ?**

AUTONOMIE DANS L'ESPACE PRIVE ET/OU COLLECTIF :

| | Accompagné ⁽¹⁾ | Moyen ⁽²⁾ | Capable de ⁽³⁾ | <u>Observations</u> |
|----------------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------|
| - Se lever : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Se laver : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - S'habiller : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Propreté acquise | | | | |
| o diurne : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| o nocturne : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Prendre soin de ses affaires : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Gérer son argent : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Se repérer dans: | | | | |
| o les temps quotidiens : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| o l'espace (connu) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| o l'espace extérieur : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Lire : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Ecrire : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Compter : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Participer : | | | | |
| o aux tâches collectives : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| o à une randonnée : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

CAPACITES PHYSIQUES :

| | Accompagné ⁽¹⁾ | Moyen ⁽²⁾ | Capable de ⁽³⁾ | <u>Observations</u> |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------|
| - Monter les escaliers seul : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Descendre les escaliers seul : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Se sert-il : | | | | |
| o d'une canne : | oui <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> | |
| o de béquilles : | oui <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> | |
| - Est-il appareillé (précisez) | oui <input type="checkbox"/> | | non <input type="checkbox"/> | |

QUELLES SONT SES ACTIVITES PREFEREES ?

EST-IL INSCRIT DANS UNE ACTIVITE REGULIERE ?

| | |
|--|--|
| Interne : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle ? | Externe : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle ? |
|--|--|

(1) La personne a besoin d'un solide accompagnement : perception partielle du projet d'accueil.
 (2) La personne comprend après avoir eu des explications : nécessité d'une personne relais.
 (3) Autodétermination de l'intéressé.

VIE SOCIALE

Joindre le dernier bilan de synthèse ou /et un compte rendu médical.

LE CANDIDAT :

EN CE QUI CONCERNE LA CONSCIENCE DE SOI :

- Parle t-il de lui :
 - en tant que « Je » : oui non
 - à la troisième personne : oui non
- Se reconnaît-il dans un miroir ? oui non
- Investit t-il sa chambre ? oui non
- Dort t-il bien ? oui non
- En situation de tension :
 - peut-il porter atteinte à ses biens : oui non
 - peut-il porter atteinte à sa personne : oui non
 - dans l'affirmative, citez un exemple :

PAR RAPPORT A SES RELATIONS AUX AUTRES :

- Parle-t-il : couramment
 avec difficultés
 pas du tout
- Son langage est-il compréhensible ? oui non
- Est-il capable de rapporter un événement vécu ? oui non
- A t-il des liens d'amitié avec au moins une personne ? oui non
- Participe t-il activement à la vie du groupe ? oui non
- En situation de tension :
 - peut-il porter atteinte aux biens collectifs : oui non
 - peut-il porter atteinte à autrui : oui non
 - dans l'affirmative, citez un exemple :
- Est-il capable de contenir sa violence ? oui non
- Est t-il capable de :
 - solliciter de l'aide : oui non
 - proposer de l'aide : oui non
- Respecte t-il l'intimité physique des autres ? oui non

- Hors institution, a t-il un comportement adapté ? oui non
- Participe t-il à des instances institutionnelles
ou extérieures ? oui non
- Si oui, lesquelles ? :

SON RAPPORT A L'ALCOOL , AU CAFE ET AU TABAC :

- Fume-t-il ? : oui non
- Combien de cigarettes par jour ? :
- Fume-t-il également la nuit ? : oui non
- Quelle somme mensuelle consacre t-il habituellement
à l'achat de ses cigarettes ? :
- Est-il financièrement capable de gérer son rapport au tabac ? oui non
- A t-il besoin d'un accompagnement particulier
par rapport à sa consommation de café et de tabac ? oui non
Si oui, veuillez préciser :
- A t-il l'habitude de boire de l'alcool ? oui non

VIS-A-VIS DE LA SEXUALITE ET LA CONTRACEPTION :

- Se projète t-il dans une vie de couple ? oui non
- La question de la vie sexuelle a-t-elle été
abordée avec lui ? oui non
- La question de la contraception a t-elle été abordée
avec lui ? oui non
- Utilise t-il un moyen contraceptif ? oui non

INFORMATIONS MEDICALES A DESTINATION DE LA COMMISSION PLURIDISCIPLINAIRE D'ADMISSION

A remplir impérativement

NOUS ATTIRONS L'ATTENTION DE LA PERSONNE QUI VA REMPLIR CETTE FICHE SUR L'IMPORTANCE DE SIGNALER TOUTE PRISE EN CHARGE MEDICALE « LOURDE » DU CANDIDAT, DU FAIT DE NOTRE ELOIGNEMENT GEOGRAPHIQUE (HÔPITAL A 40 KMS) ET DE L'ABSENCE DE PERSONNEL MEDICAL.

Poids :

Taille :

SANTE PHYSIQUE

- Le candidat est –il porteur d'une maladie ou/et d'une pathologie nécessitant un suivi médical régulier à long terme ? oui non
Si oui, précisez :
- Le candidat suit-il un traitement particulier ? :
- au niveau alimentaire : oui non
Si oui, précisez le régime prescrit, les modalités particulières et/ou les contre indications alimentaires (allergies par exemple) :
 - par rapport aux allergies : oui non
Si oui, précisez :
 - vis à vis de troubles du sommeil : oui non
Si oui, précisez :
 - en rapport avec une maladie sexuellement transmissible : oui non
Si oui, précisez :
- Certaines activités lui sont elles contre-indiquées ? oui non
Si oui, lesquelles ? :

DOSSIER MEDICAL

HISTORIQUE DE LA MALADIE MENTALE

EPOQUE DU DEBUT DES TROUBLES :

Dates :

Evolution de la pathologie (hospitalisation, dates et lieux), et troubles présentés :

ETAT PSYCHIATRIQUE ACTUEL

EVOLUTION DU TRAITEMENT

(si possible au cours des 3 dernières années)

TRAITEMENT ACTUEL

Neuroleptique :

Autre :

DEFICIENCE

- Nature de la déficience : congénitale

maladie

accident

- Dans ce cas précisez les dates :

- Le candidat présente-t-il un retard de l'intelligence oui non

- Si oui dans quelle catégorie peut-il être classé :

- Déficience mentale : légère moyenne profonde

MALADIES ANTERIEURES

(Précisez les dates)

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

(Précisez les dates)

VACCINATIONS

- D.T.P :
- B.C.G :
- Hépatite :
- Autres :

OBSERVATIONS PARTICULIERES

ATTESTATION

Je soussigné(e)

agissant en qualité de⁽¹⁾ : Père, Mère, Frère, Sœur, Tuteur, Chef de Service Hospitalier, Directeur d'Etablissement,

certifie être d'accord pour envisager,

- Le retour
- Une hospitalisation
- Une coopération pour une nouvelle orientation

de Madame, Mademoiselle, Monsieur⁽¹⁾

durant ou à la suite de sa période d'intégration (**3 Mois**), si celle-ci ne s'avérait pas concluante.

Fait à.....

le.....

Cachet et signature :

⁽¹⁾ **Rayer les mentions inutiles**

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT LE JOUR DE L'ADMISSION

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

- 1 – Notification de la prise en charge AIDE SOCIALE ou tout courrier justifiant l'avance du dossier (préciser le domicile de secours)
- 2 - Carte Vitale + attestation d'immatriculation (CPAM, MSA, autres...)
- 3 - Carte d'affiliation MUTUELLE.
- 4 - Jugement de Tutelle ou Curatelle éventuel
- 5 - Notification de pension, retraite, rentes, AAH, autres...
- 6 - Carte Nationale d'Identité
- 7 - Carte d'Invalidité
- 8 – Extrait d'acte de naissance

DOCUMENTS MEDICAUX

(A adresser au médecin de l'Etablissement)

- 1 – Carnet de vaccinations à jour
- 2 - Ordonnance du traitement en cours^(*)

^(*) **Merci de fournir le traitement pour 15 Jours.**