Ce dossier est commun à toutes les structures médico-sociales d'Ile-de-France.

Certaines informations demandées ne sont pas indispensables à la demande d'admission au S.A.M.S.A.H. du Parc.

Un volet médical à renseigner par le médecin référent est joint à la fin de ce dossier.

Dossier unique de demande d'admission en établissement et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap

Région Ile-de-France

Maison Départementale des Personnes Handicapées Val de Marne

VAL de MARNE Département utile

ars Agence Régionale de Santé Île-de-France Délégation départementale du Val-de-Marne

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.

Sommaire

1 Volet administratif

2 Volet parcours personnel

3 Volet autonomie

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…).

Volet Administratif

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

- **Etat civil**

Civilité (*cocher la case correspondante)* ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom d'usage : ……

Prénom : ……..

Date de naissance *(JJ/MM/AAAA)* : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Lieu de naissance : Commune : ……

Code postal : |_|_|_|_|_|

Pays : ……

- **Situation familiale**

Situation de famille :
(cocher la case correspondante)

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage
☐ 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 : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

N° de dossier MDPH : ……

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 : ……

……

Complément d'adresse : ……

Commune : …….. Code postal : |_|_|_|_|_|

Département : ……

N° téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

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)*
☐ Oui ☐ Non
☐ En cours ☐ Ne sais pas

Si « oui » ou « demande en cours », s'agit-il d'une : *(cocher la case correspondante)*
☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle simple
☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle

*Cf glossaire

- **Mesure de protection juridique <u>des mineurs ou jeunes majeurs</u> :**

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

☐ Oui ☐ Non

☐ En cours ☐ Ne sais pas

Si « Oui », s'agit-il d'une *(cocher la case correspondante)* :

☐ AED (Mesure d'Action Educative à Domicile) ☐ IOE (Mesure d'Investigation et d'Orientation Educative)

☐ En cours ☐ Ne sais pas

☐ Mesure de placement, A préciser : ……...

……...

……...

4. Personne(s) à contacter (en cas d'urgence)

Liens *(parents, tuteurs…)* :	……	Liens *(parents, tuteurs…)* :	……
Nom :	……	Nom :	……
Prénom :	……	Prénom :	……
Adresse :	……	Adresse :	……
……		……	
……		……	
Code postal :	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	Code postal :	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
Commune :	……	Commune :	……
Département :	……	Département :	……
N° téléphone :	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	N° téléphone :	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
E-mail :	……	E-mail :	……

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**

☐ Accompagné par un service médico-social*
☐ Accompagné par un établissement médico-social*
☐ Hospitalisé en établissement sanitaire*
☐ Sans accueil ni accompagnement
☐ Accompagné par des professionnels libéraux
☐ Autre, à préciser : ……
……
……

- **Scolarisation / Formation**

☐ Scolarisé en milieu ordinaire
☐ Scolarisé en établissement médico-social *
☐ Formation professionnelle
Si ULIS :
☐ ULIS Ecole ☐ ULIS Collège ☐ ULIS Lycée
☐ Autre, à préciser : ……
……
……

Situation actuelle pour les adultes :
(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les case(s) correspondante(s)):

- **Accompagnement**

☐ Accueilli en famille d'accueil
☐ Accompagné par un service médico-social*
☐ Accompagné par un établissement médico-social*
☐ Hospitalisé en établissement sanitaire*
☐ Sans accueil ni accompagnement
☐ Accompagné par des professionnels libéraux
☐ Autre, à préciser : ……
……

- **Formation / Emploi**

☐ En formation professionnelle
☐ Exerce une activité professionnelle
☐ En recherche d'activité professionnelle
☐ Sans activité professionnelle
☐ Retraité
☐ Autre, à préciser : ……
……
……

Adresse du lieu de travail et/ou formation : ……
……
……

*Cf glossaire

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 :	……	Nom :	……
Spécialité médicale	……	Spécialité médicale	……
Adresse :	……	Adresse :	……
……		……	
……		……	
……		……	
Code postal :	|_|_|_|_|_|	Code postal :	|_|_|_|_|_|
Commune :	……	Commune :	……
Département :	……	Département :	……
N° téléphone :	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	N° téléphone :	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
E-mail :	……	E-mail :	……

Volet Administratif

Nom :	……	Nom :	……
Spécialité médicale	……	Spécialité médicale	……
Adresse :	……	Adresse :	……
……		……	
……		……	
Code postal :	⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋	Code postal :	⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋
Commune :	……	Commune :	……
Département :	……	Département :	……
N° téléphone :	⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋	N° téléphone :	⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋
E-mail :	……	E-mail :	……

J'autorise la structure à contacter le(s) médecin(s) spécialiste(s) : ☐ Oui ☐ Non

J'autorise la structure à contacter le(s) autre(s) structures : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

6. Structures fréquentées actuellement

- **Scolarité / formation**

Nom de **l'enseignant référent** pour la scolarisation des enfants handicapées (ERSEH) : ….....

……

……

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|

E-mail : ……

Nom de **l'établissement scolaire ou du centre de formation** fréquenté à l'heure actuelle : ….....

……

……

Adresse : ……

……

……

Commune …… Code postal : |_|_|_|_|_|

Département ……

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|

E-mail : ……

Scolarité ou formation actuellement suivie: ……

……

……

Scolarité suivie *(cocher la case correspondante)* : ☐ A temps plein ☐ A temps partiel

Date d'entrée dans l'établissement / centre de formation : |_|_|_|_|_|_|

- **Etablissement / service**

Dans le cas où il y a un suivi et/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 : |_|_|_|_|_|

Département : ……

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|

E-mail : ……

Date d'entrée dans la structure : |_|_|_|_|_|_|

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle **(n°2)**:

……

……

Catégorie d'ESMS *: ……

Adresse : ……

……

……

Commune : …… Code postal : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Département : ……

N° de téléphone : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

E-mail : ……

Date d'entrée dans la structure : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌋

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle **(n°3)**:

……

……

Catégorie d'ESMS *: ……

Adresse : ……

……

……

Commune : …… Code postal : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Département : ……

N° de téléphone : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

E-mail : ……

Date d'entrée dans la structure : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌊_⌊_⌋

Commentaires :

……
……
……
……
……
……

*Cf glossaire

7. Parcours de vie (Non obligatoire pour un accompagnement S.A.M.S.A.H.)

Pour chaque période importante du parcours de vie, décrivez en quelques lignes les étapes clés et les réponses mises en œuvre :

Scolarité : durée, dates, niveau, diplômes… :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Emploi(s) précédents : durée, dates, employeurs, postes occupés… :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Hospitalisation(s) ou accueil(s) en structure(s) antérieur(s) :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Autres / commentaires :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

8. Projet de vie et attentes (Non obligatoire pour un accompagnement S.A.M.S.A.H)

Pouvez-vous décrire votre projet de vie ou celui de votre proche? (centres d'intérêts, vos priorités, vos difficultés…)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Pouvez-vous décrire vos attentes ou celles de votre proche dans l'établissement ou le service que vous sollicitez ?

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Volet Autonomie

9. Autonomie (Non obligatoire pour un accompagnement S.A.M.S.A.H)

Le besoin d'aide humaine correspond à une aide directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle

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 (troubles du sommeil)			

Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale
Faire ses transferts (ex : 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 moyenne	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			
Gestion de la frustration			
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…)		

Volet Autonomie

Fonctions sensorielles	Pas de gêne	Difficultés	Cécité ou surdité
Ouïe			
Vue			

Prise en charge	Oui	Non	Fréquence		
			journalière	hebdomadaire	mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Psychomotricité					
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 |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

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 pièce d'identité
☐	Copie de la notification de la CDAPH
☐	Copie de l'attestation de sécurité sociale
☐	Copie du jugement de la mesure de protection, si concerné
☐	Formulaire du Conseil Départemental complété et signé (Aide Sociale Légale)
☐	Et afin de faciliter l'étude de votre demande d'admission, merci de joindre les derniers bilans deprise en charge : - Compte rendus des professionnels médicaux (médecin référent, médecin psychiatre ou autre médecin spécialiste) et paramédicaux (psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien dont un bilan sensoriel si il a été réalisé, --) compte rendu d'hospitalisation récent - Rapport(s) produits par l'établissement médico-social précédent - Pour les enfants le GEVASCO si l'enfant a été / ou est scolarisé

Glossaire

M.D.P.H. : Maison départementale des Personnes Handicapées
C.D.A.P.H. : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées E.S.M.S. : 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 Déficients Auditifs **(I.D.A.)** ; Institut pour Déficients Visuels (**I.D.V**.) ; Bureau d'Aide Psychologique Universitaire **(B.A.P.U.)** ; Maison d'Accueil Spécialisée **(M.A.S.) ;** Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés **(F.A.M.)** ; **Foyer d'hébergement** ; **Foyer de vie** ; **Foyer d'accueil polyvalent** ; 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.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)…**

VOLET MEDICAL

A adresser sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Psychiatre du service Dr Belleil

S.A.M.S.A.H. du PARC
15 avenue de Lattre de Tassigny
94100 Saint Maur des Fossés

INFORMATIONS MEDICALES

Nom :	Prénom :	Date de naissance :

SUIVI SOMATIQUE

Antécédents médico-chirurgicaux, allergies, intolérances médicamenteuses, régime alimentaire:

Surveillance somatique particulière (diabète, hypertension, …):

Nom : ..... Prénom : .....

SUIVI PSYCHIATRIQUE

Antécédents psychiatriques en hospitalisations:

Troubles psychiatriques actuels:

Nom : ..... Prénom : .....

<u>Prise en charge</u> ***(entretiens médicaux, infirmiers, C.A.T.T.P., H.D.J., traitements …)*****:**

<u>Intérêt envisagé de la mise en place d'un accompagnement S.A.M.S.A.H.</u>:

Date :

Signature et nom du Médecin Psychiatre et/ou Médecin traitant + tampon du service :