

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

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.

s o m m a i r e

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...).

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 : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubinage
(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 :

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

Mesure de protection juridique des mineurs ou jeunes majeurs :

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? : Oui Non
(cocher la case correspondante) 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 : <input type="text"/>	Code postal : <input type="text"/>
Commune :	Commune :
Département :	Département :
N° téléphone : <input type="text"/>	N° téléphone : <input type="text"/>
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 :

.....

.....

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 : <input type="text" value=""/>	Code postal : <input type="text" value=""/>
Commune :	Commune :
Département :	Département :
N° téléphone : <input type="text" value=""/>	N° téléphone : <input type="text" value=""/>
E-mail :	E-mail :

6. Structures fréquentées actuellement

▪ Scolarité / formation

Nom de **l'enseignant référent** pour la scolarisation des enfants handicapés (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 :

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

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

<input type="checkbox"/>	Copie pièce d'identité
<input type="checkbox"/>	Copie de la notification de la CDAPH
<input type="checkbox"/>	Copie de l'attestation de sécurité sociale
<input type="checkbox"/>	Copie du jugement de la mesure de protection, si concerné
<input type="checkbox"/>	Formulaire du Conseil Départemental complété et signé (Aide Sociale Légale)
<input type="checkbox"/>	<p>Et afin de faciliter l'étude de votre demande d'admission, merci de joindre les derniers bilans de prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 :

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

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

Date :

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