

# Pôle médico-social

ESAT - FOYER DE VIE  
FOYER D'HÉBERGEMENT

GRUPE **vyv**

Photo

## SEILLANS DOSSIER DE CANDIDATURE (1<sup>ère</sup> partie administrative)

NOM : .....

PRÉNOM : .....

### DEMANDE D'ADMISSION

- ESAT / FOYER HÉBERGEMENT*
- ESAT / FOYER HÉBERGEMENT ÉCLATÉ (APPARTEMENTS)*
- FOYER DE VIE*

#### ZONE RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT

Date de réception :

Décision de l'établissement :

*Le dossier de candidature (1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> partie) et les pièces complémentaires doivent être transmis par courrier à l'adresse suivante :*

Pôle Médico-Social  
270 Chemin des Taillades  
83440 SEILLANS

**[www.handiseillans.fr](http://www.handiseillans.fr)**

*Cette partie administrative doit être obligatoirement transmise avec la partie médicale.*



## MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Une mesure de protection juridique est-elle en place ?  Oui  Non  Demande en cours

Si « Oui » ou « Demande en cours », il s'agit d'une :

Tutelle  Curatelle renforcée  Curatelle simple  Sauvegarde de justice

Nom - Adresse - Téléphone du représentant :

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

## DOMICILE DE SECOURS

Pour une demande d'admission dans un **établissement habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale**, indiquez ici le domicile de secours de la personne handicapée.

Les établissements concernés sont :

- | Les Sections à Temps Partiel des ESAT
- | Les hébergements pour Travailleurs d'ESAT
- | Le Foyer de vie

Adresse du domicile de secours :

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

Définition du domicile de secours :

*Article L.122-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles :*

*« Nonobstant les dispositions des articles 102 à 111 du code civil, le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation, sauf pour les personnes admises dans des établissements sanitaires ou sociaux, ou accueillies habituellement, à titre onéreux ou au titre de l'aide sociale au domicile d'un particulier agréé ou faisant l'objet d'un placement familial en application des articles L. 441-1, L. 442-1 et L. 442-3, qui conservent le domicile de secours qu'elles avaient acquis avant leur entrée dans l'établissement et avant le début de leur séjour chez un particulier. Le séjour dans ces établissements ou au domicile d'un particulier agréé ou dans un placement familial est sans effet sur le domicile de secours ».*

## SITUATION ACTUELLE DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

**MODE D'ACCOMPAGNEMENT ACTUEL DE LA PERSONNE HANDICAPÉE :**

en établissement  à domicile  sans accompagnement

Nom de l'établissement ou du service à domicile ou de l'accompagnant :

.....

Type de l'établissement ou du service à domicile :

.....

Adresse :

.....

Tél. : .....

Depuis quand ? : .....

**HÉBERGEMENT ACTUEL DE LA PERSONNE HANDICAPÉE :**

en établissement Nom de l'établissement (si différent de l'établissement qui accueille en journée) :

.....

Type d'établissement.....

dans la famille Nom : .....

Lien de parenté :.....

en famille d'accueil Nom : .....

Autre, précisez : .....

**BESOINS PARTICULIERS À PRENDRE EN COMPTE**

Mobilité réduite Précisez : .....

Déficience du langage et de la parole Précisez laquelle ? .....

Déficience auditive Précisez laquelle ? .....

Déficience visuelle Précisez laquelle ? .....

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES :

N° de Dossier MDPH :

.....  
.....

Orientations indiquées par la M.D.P.H. (pour chaque orientation en cours de validité, indiquez la nature, la date de décision et la date de fin de validité).

.....  
.....

Percevez-vous l'AAH ?  Non  Oui, valable jusqu'au : .....

Percevez-vous la PCH ?  Non  Oui, valable jusqu'au : .....

Type de PCH : .....

Avez-vous une carte d'invalidité ?  Non  Oui, valable jusqu'au : .....

SÉCURITÉ SOCIALE :  CPAM  MSA

Nom de l'Assuré : .....

N° Immatriculation : .....

Adresse de la caisse : .....

.....

MUTUELLE :  OUI  NON

Nom de l'Adhérent : .....

N° d'Adhérent : .....

Adresse de la mutuelle : .....

.....

ALLOCATIONS :  CAF  MSA

Nom de l'Allocataire : .....

N° d'Allocataire : .....

Adresse de la caisse : .....

.....

RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL :  OUI  NON

Autres informations : .....

.....

.....

## INFORMATIONS CONCERNANT LA FAMILLE

### PÈRE :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

N° de téléphone : ..... N° de portable : .....

E-mail : .....

### MÈRE :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

N° de téléphone : ..... N° de portable : .....

E-mail : .....

### FRATRIE :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

N° de téléphone : ..... N° de portable : .....

E-mail : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

.....

N° de téléphone : ..... N° de portable : .....

E-mail : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

.....

N° de téléphone : ..... N° de portable : .....

E-mail : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

.....

N° de téléphone : ..... N° de portable : .....

E-mail : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

.....

N° de téléphone : ..... N° de portable : .....

E-mail : .....

## PARCOURS DE LA PERSONNE DEPUIS SA NAISSANCE

**Pour chaque période de la vie, indiquez les évènements importants et les établissements successivement fréquentés dans le milieu ordinaire ou spécialisé. (Si la page proposée pour chaque période n'est pas suffisante, merci de compléter sur papier libre).**

### PÉRIODE DE 0 À 5 ANS (Établissements pour enfants) :

Évènements importants :

Nom et commune de l'établissement ou du service	Années	Type d'accompagnement	Lieu d'hébergement

**PÉRIODE DE 6 À 14 ANS (Établissements pour enfants) :**

Évènements importants :

Nom et commune de l'établissement ou du service	Années	Type d'accompagnement	Lieu d'hébergement

**PÉRIODE APRÈS 14 ANS (Établissements pour adolescents) :**

Évènements importants :

Nom et commune de l'établissement ou du service	Années	Type d'accompagnement	Lieu d'hébergement



## ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

NOM : .....

PRÉNOM : .....

### Q1/ Vous êtes capable de vous déplacer seul(e) :

- à pied    à vélo    à mobylette/scoote    en transports en commun  
 en voiturette    en voiture    en taxi

### Q2/ Vous savez utiliser le téléphone sans aide :

- téléphone portable    téléphone fixe

### Q3/ Financièrement :

- Vous reconnaissez les pièces de monnaie et les billets en euros  
 Vous savez manipuler les pièces de monnaie et les billets en euros  
 Vous gérez seul(e) votre argent de poche  
 Vous utilisez une carte de retrait  
 Vous êtes capable de réaliser seul(e) un achat simple  
 Vous gérez seul(e) l'ensemble de vos dépenses

### Q4/ Pour les repas :

Vous savez préparer vos repas :

- seul(e)    sur sollicitation    avec aide    non

Vous faites vos courses :

- seul(e)    sur sollicitation    avec aide    non

### Q5/ Pour le ménage :

Vous savez entretenir votre chambre :

- seul(e)    sur sollicitation    avec aide    non

Vous savez entretenir votre linge :

- seul(e)    sur sollicitation    avec aide    non

Vous savez entretenir les espaces de vie communs :

- seul(e)    sur sollicitation    avec aide    non

### Q6/ Pour la toilette :

Vous assurez votre hygiène corporelle :

- seul(e)    sur sollicitation    avec aide    non

### Q7/ Pour le suivi de votre santé :

Vous gérez vos rendez-vous médicaux :

- seul(e)    sur sollicitation    avec aide    non

Vous gérez votre traitement médicamenteux :

- seul(e)    sur sollicitation    avec aide    non

Complété par :

Candidat	Famille ou représentant légal	Établissement : Chef de Service
Date :	Date :	Date :
Nom :	Nom :	Nom :
	Lien de parenté :	



# PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE

## PIÈCES ADMINISTRATIVES

	<b>Courrier du candidat et/ou de son représentant légal</b> donnant son accord pour que le dossier soit déposé.
	<b>Copie des orientations M.D.P.H. :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Notification d'orientation professionnelle ESAT</li> <li>+ Notification d'orientation hébergement en FOYER ESAT</li> <li>+ Notification d'orientation hébergement en FOYER DE VIE</li> <li>+ Notification en hébergement en FOYER ECLATE</li> <li>+ Notification d'attribution de l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés)</li> <li>+ Notification d'attribution de la carte d'invalidité et copie recto/verso couleur de la carte</li> <li>+ Copie de l'attestation PCH (Prestation de Compensation de Handicap)</li> </ul> <b>Le cas échéant, copie du récépissé de dépôt de la demande d'orientation</b>
	Copie couleur recto/verso de la pièce d'identité
	Extrait de naissance
	Copie complète du Livret de famille
	Copie couleur de la carte vitale et copie de l'attestation d'immatriculation CPAM ou MSA
	Copie d'un justificatif de domicile (facture EDF, quittance de loyer)
	Copie complète du jugement de la mesure de protection
	Copie de la carte de mutuelle
	Relevé d'Identité Bancaire
	Photographie d'identité récente
	Notification de droits et paiements CAF
	Attestation responsabilité civile vie privée

## PIÈCES LIÉES À L'ACCOMPAGNEMENT

	Copie du Projet Personnalisé en cours dans l'établissement précédent
	Grilles d'évaluations des compétences
	Rapport social
	Bilan éducatif
	Bilan psychologique
	Dossier médical sous enveloppe cachetée (2 <sup>ème</sup> partie du Dossier de Candidature)

*Si vous avez besoin de précisions ou d'aide pour remplir ce dossier ou rassembler certains documents, n'hésitez pas contacter notre Assistante de Service Social au N° 04 94 85 92 17.*