

Informations relatives au dossier unique de candidature

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint le dossier de candidature de L'Association Le Clos du Nid et de L'Association de Lutte contre les Fléaux Sociaux.

Ce dossier est destiné à faciliter vos démarches auprès de nos établissements pour adultes dont vous trouverez ci-dessous les coordonnées.

Nous vous remercions de bien vouloir adresser ce dossier aux établissements concernés par votre demande :

- ❖ M.A.S d'Entraigues, M.A.S. La Luciole, M.A.S. Aubrac, M.A.S. de Civergols : Dossier à retourner au S.A.M.O., quartier de Costevieille, 48100 MARVEJOLS.
- ❖ F.A.M. de Bernades : Route du Masegros, 48 230 CHANAC.
- ❖ Foyer de vie/F.A.M. Saint Héliion : Route de Nasbinals, 48 100 MARVEJOLS.
- ❖ Foyer de vie Lucien OZIOL : 5, bis Rue Jeanne d'Arc, 48 100 MARVEJOLS.
- ❖ Foyer de vie l'Horizon : Quartier de l'Ensoleillade, 48 340 St GERMAIN DU TEIL.
- ❖ E.A.T.U. La Maison des Sources : Quartier de L'Empéry, 48 100 MONTRODAT.
- ❖ E.S.A.T de Civergols, La Valette, Bouldoire, La Colagne et Foyers d'hébergement de Civergols, Palherets, Bouldoire, La Colagne :
Dossier à retourner au S.A.M.O., quartier de Costevieille, 48100 MARVEJOLS

Pièces à joindre au dossier

Afin de nous permettre de répondre au mieux à votre demande, nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre :

Documents administratifs

- Copie de la carte nationale d'identité
- Notifications d'orientation en établissement de la C.D.A.P.H.
- Notifications d'attribution de l'A.A.H.
- Notification d'attribution de la Carte Mobilité Inclusion
- Copie du jugement de mesure de protection
- Attestation de droits de la Sécurité Sociale
- Copie de la carte mutuelle
- Attestation assurance Responsabilité Civile
- Copie de la Carte d'Invalidité ou de la Carte Mobilité Inclusion
- Notification d'aide sociale

Documents concernant votre vie quotidienne et sociale

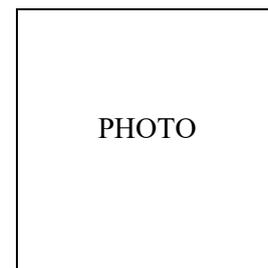
(Renseigner les éléments du dossier)

- Bilan social (votre parcours)
- Eléments éducatifs
- Eléments psychologiques
- Dernier Projet personnalisé

Documents médicaux

- Certificat médical ci-joint
- Compte rendu médicaux et/ou psychiatrique
- Copie de l'ordonnance du traitement en cours
- Certificat de vaccination

DOSSIER UNIQUE DE CANDIDATURE



Dossier établi le : pour :

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

à :

Adresse :

.....

.....

Téléphone : Mail :

Vous déposez un dossier de candidature pour un établissement :

Médicalisé :

- Maison d'Accueil Spécialisée**
- Foyer d'Accueil Médicalisé**
- Etablissement d'Accueil Temporaire et d'Urgence**

Non médicalisé :

- Foyer d'hébergement**
- Etablissement et Service d'Aide par le Travail:**
- A temps plein A Temps partiel
- Foyer de vie:**
- En internat ou En Accueil de jour

Personne à contacter pour ce dossier:

Nom : Prénom :

Représentant légal :

Proche :

Etablissement :

Autre : Merci de préciser :

Coordonnées :

.....

.....

Acceptez-vous que cette personne accède à des informations vous concernant ?

OUI

NON

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Où vivez-vous ?

A votre domicile

Chez un membre de votre famille

Autre :

A l'Hôpital

Depuis le :

.....
.....

En Etablissement

Depuis le :

.....

Nom et Coordonnées de l'Hôpital ou de l'établissement :

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

Quel est votre situation familiale ?

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Concubinage

Pacsé(e)

Veuf(ve)

Avez-vous des enfants? Oui Non

Nombre :

Quel est votre entourage familial et vos proches?

NOM PRENOM	LIEN AVEC LA PERSONNE	ADRESSE, TELEPHONE, MAIL

Mesure de protection:

Nom et Coordonnées du ou des représentants légaux :

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

Avez-vous une personne de confiance ?

OUI NON

Nom et coordonnées de la personne de confiance :
.....
.....

Etes-vous bénéficiaire de l'Aide Sociale ?

OUI NON

Si Non, merci d'indiquer votre domicile de secours :
.....
.....

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom : Prénom :

Représentant légal
Proche
Etablissement
Autre : Merci de préciser :

Coordonnées :
.....
.....

Tél. fixe : Tél portable :

Je ne souhaite contacter personne

PROFESSIONNELS INTERVENANTS AUPRES DE VOUS :

Médecin traitant, travailleur social, établissements et services divers...

NOM PRENOM	FONCTION	ADRESSE, TELEPHONE, MAIL

VOTRE PARCOURS

Scolaire :

Etablissements ou lieux	Années	Niveau ou diplômes obtenus

Professionnel :

Employeurs	Années	Poste occupé

Quels sont vos besoins ?

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accompagnement. **Merci de cocher la case correspondante.**

Vie quotidienne	Seul	Aide partielle	Aide totale	Commentaires
Hygiène corporelle				
S'habiller et se déshabiller				
Alimentation				
Hygiène de l'élimination et utilisation des toilettes				
Prendre vos repas				
Gérer votre repos quotidien				
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Gestion de votre sécurité				
Gérer votre traitement				
Faire vos courses				
Préparer un repas				
Entretien du linge				
Gérer votre budget				
Gérer vos horaires : du lever, du coucher, de vos rendez-vous				

Vie sociale	OUI	NON	Commentaires
Communication orale			
Communication écrite			
Outils de communication utilisés			
Compréhension de consignes			
Prise d'initiatives			
Respect des règles de vie			
Relations avec les autres			
Participation à une vie culturelle			
Participation à une vie sportive			
Accès aux droits et à la citoyenneté			

Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale	Avec appareillage
Faire ses transferts				
Se déplacer à l'intérieur				
Se déplacer à l'extérieur				
Utiliser les escaliers				
Utiliser un ascenseur				
Utiliser les transports en commun				
Conduire un véhicule				
Soulever et porter des objets				

Soins	OUI	NON	Fréquence		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins psychiatriques					
Soins psychologiques					
Soins infirmiers					
Auxiliaires de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Accompagnement chez les professionnels de santé :					
Autre :					

Appareillage :

Canne

Déambulateur

Fauteuil roulant manuel

Fauteuil roulant électrique

Lit médicalisé

Orthèse ou prothèse

Appareil auditif

Autre (préciser) :

.....

.....

Vie professionnelle (En cas de demande pour un E.S.A.T.)	OUI	NON	Lesquels ?
Travail à temps plein			
Poste assis			
Aimez-vous le travail en équipe ?			
Avez-vous besoin de changements réguliers dans votre travail ?			
Compréhension de consignes			
Prise d'initiatives			
Respect des règles			
Relation avec autrui			

Quelles sont vos habitudes de vie?

Ce questionnaire a pour objectif de mieux vous connaître afin de mieux vous accompagner. Vous avez la possibilité de ne pas répondre à ces questions.

Habitudes de vie	OUI	NON	Lesquels?
Avez-vous un ou des loisirs ?			
Etes-vous adhérent d'une association ?			
Pratiquez-vous des activités culturelles, sportives, manuelles... ?			
Aimez-vous les sorties ?			
Y a-t-il des activités que vous aimeriez pratiquer ?			
Avez-vous des attentes particulières concernant la vie en collectivité			
Autres :			

Avez-vous des observations complémentaires?

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de votre collaboration.

Fait le :

Signature du demandeur

Signature du représentant légal (le cas échéant)