

# DOSSIER DE CANDIDATURE

## MAISON DES SOURCES - EATU

### Informations relatives au dossier de candidature

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint le dossier de candidature pour :

#### Etablissement d'Accueil Temporaire et d'Urgence « La Maison des Sources »

Ce dossier est destiné à faciliter vos démarches auprès de la commission d'admission qui se réunit 2 fois par mois.

Nous vous remercions de bien vouloir adresser ce dossier soit :

- Par mail : [dossiercandidature.eatu@closdunid.asso.fr](mailto:dossiercandidature.eatu@closdunid.asso.fr)
- Par courrier : Etablissement d'Accueil Temporaire et d'Urgence « La Maison des Sources »  
Quartier de l'Empéry – 48100 MONTRODAT

L'équipe de la Maison des Sources est à votre écoute pour toute question au **04.66.32.82.24**

### Pièces indispensables à joindre au dossier

*Afin de nous permettre de répondre au mieux à votre demande, nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre tous les documents listés ci-après :*

#### Documents administratifs

- Copie de **TOUTES** les notifications M.D.P.H.
- Copie de la Carte Nationale d'Identité (ou passeport, ou carte de séjour)
- Copie de la Carte d'Invalidité ou de la Carte Mobilité Inclusion
- Copie du jugement de mesure de protection
- Attestation de droits de la Sécurité Sociale
- Copie de la carte mutuelle en cours de validité
- Attestation assurance Responsabilité Civile en cours de validité

#### Documents concernant votre vie quotidienne et sociale

- Synthèse sociale (votre parcours)
- Bilan éducatif
- Bilan psychologique
- Dernier Projet personnalisé

#### Documents médicaux

**(documents indispensables à l'accueil et à la présentation du dossier en commission)**

- Compte rendu médicaux et/ou psychiatrique
- Copie de l'ordonnance du traitement en cours





### 1/3- PARTIE ADMINISTRATIVE

NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Dossier établi le : .....

Photo

#### PERSONNE A ACCUEILLIR

NOM : ..... Prénom :.....

Né(e) le : ..... à :.....

Nationalité : ..... N° Sécurité sociale : .....

#### OU VIVEZ-VOUS ?

- A votre domicile
- Chez un membre de votre famille (préciser le lien avec la personne) : .....
- En Etablissement : Nom de l'Etablissement : ..... Depuis le :.....
- A l'Hôpital : Nom de l'Etablissement : ..... Depuis le :.....
- Autre (préciser) :.....

Adresse de votre lieu de vie : .....  
 .....  
 .....

Téléphone : ..... Mail : .....

#### QUELLE EST VOTRE SITUATION FAMILIALE ?

- Célibataire     Concubinage     Pacsé(e)     Marié(e)     Veuf(ve)     Divorcé(e)
- Avez-vous des enfants ?  Oui    Si oui, combien : .....     Non

#### VOTRE SITUATION

Votre situation est-elle connue auprès de la cellule RAPT de votre MDPH ? oui  non

A-t-elle fait l'objet d'un PAG ? oui  non

A-t-elle fait l'objet d'un GOS ? oui  non



**PERSONNES INTERVENANTS DANS VOTRE SITUATION**

Susceptibles d'être contactées si besoin

	NOM / Prénom	Organisme	Adresse Postale	Téléphone	Mail
<b>Entourage familial proche</b>	Lien avec la personne : .....				
<b>Mesure de Protection</b>	Type de mesure : .....				
<b>Personne de Confiance</b>	Lien avec la personne : .....				
<b>Personne à contacter en cas d'urgence</b>	Lien avec la personne : .....				
<b>Médecin :</b>	Spécialité : .....				
<b>Auxiliaire de Vie :</b>	Nombre d'heures par semaine : .....				
<b>Personne à contacter pour ce dossier</b>	Lien avec la personne : .....				
<b>Autre :</b>	Fonction : .....				
<b>Autre :</b>	Fonction : .....				

## VOTRE SEJOUR

### MOTIF DU SEJOUR (1 seul choix possible)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Répit aidé   | <input type="checkbox"/> Répit aidant(s)       |
| <input type="checkbox"/> Préparation à l'hébergement continu  | <input type="checkbox"/> Période de transition |
| <input type="checkbox"/> Relais ESMS  | <input type="checkbox"/> Attente de place      |
| <input type="checkbox"/> Rupture de la continuité de l'accompagnement du fait de défaillance aidant |  |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation de l'aidant  | <input type="checkbox"/> Décès de l'aidant     |
| <input type="checkbox"/> Sorties établissement sanitaire  |  |
| <input type="checkbox"/> Urgence :  |  |

Préciser : .....

.....

.....

.....

### VOS ATTENTES CONCERNANT VOTRE ACCUEIL

**Quelles périodes ou dates souhaitez-vous ?**

.....

.....

.....

**Dans quel contexte ce séjour est-il demandé ?**

.....

.....

.....

**La personne à accueillir adhère-t-elle à ce projet ?**

.....

.....

**Quelles sont vos attentes concernant le séjour ?**

.....

.....

.....

**Quelles sont les attentes des Aidants familiaux et/ou professionnels ?**

.....

.....



## **INFORMATION : LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE VOTRE SEJOUR**

Prix de journée :

- A compter du 01/10/2023, le prix de journée de votre séjour est de 179.49 €<sup>1</sup>
- A compter du 01/01/2024, le prix de journée de votre séjour est de 165.57 €<sup>2</sup>

### ➤ **Si vous bénéficiez d'une orientation « Foyer de Vie », « FAM », « FO », « Foyer d'Hébergement », « EATU » ... :**

#### - **Cas N° 1 : Vous êtes déjà accueilli dans un Etablissement Médico-Social.**

Une convention sera établie avec l'établissement dans lequel vous êtes hébergé(e), qui s'acquittera de la totalité du prix de journée.

L'établissement (s'il s'agit d'un FAM, EAM) prend également à sa charge le forfait hébergement de 20 €/jour, conformément à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale.

S'il s'agit d'un établissement non médicalisé (FH, FV, FO, EATU...), vous êtes acquitté du forfait d'hébergement.

Selon le RDAS 48 en vigueur, « la facturation des frais d'hébergement incombe à l'établissement d'origine qui doit assumer le paiement de la période de stage, au tarif de l'établissement. »

#### - **Cas N° 2 : Vous vivez à domicile ou dans un établissement sanitaire (de type CH ou CHS).**

a) Une demande d'aide sociale est déposée **par vos soins** auprès de la mairie de votre domicile. Dans l'hypothèse où votre dossier est accepté, et selon les Règlements Départementaux d'Aide Sociale :

- Le département prend en charge le prix de journée.
- Il reste à votre charge le forfait hébergement de 20 €/jour, conformément à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale. Pour certains départements (ex : 48, 66), le forfait d'hébergement est calculé en fonction de vos ressources.

En cas de refus de prise en charge de votre département, le séjour sera entièrement à votre charge (prix de journée + forfait d'hébergement).

b) Vous réglez directement votre séjour (autofinancement). Dans ce cas, vous êtes acquitté du forfait d'hébergement.

### ➤ **Si vous bénéficiez d'une orientation MAS ou double orientation FAM-MAS ou IME (si -20 ans) :**

#### - **Cas N° 1 : Vous êtes déjà accueilli dans une MAS**

Une convention sera établie avec l'établissement dans lequel vous êtes hébergé(e), qui s'acquittera de la totalité du prix de journée.

L'établissement prend également à sa charge le forfait hébergement de 20 €/jour, conformément à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale.

#### - **Cas N°2 : Vous vivez à domicile ou dans un établissement sanitaire (de type CH ou CHS).**

Votre séjour sera pris en charge par l'enveloppe globale assurance maladie versée à l'établissement.

Il reste à votre charge le forfait hébergement de 20 €/jour, conformément à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale.

Je soussigné(e), Mme, M. .... (Personne demandeuse ou représentant légal) :

- Certifie avoir lu les conditions de prise en charge financière du séjour à la Maison des Sources, et m'engage à faire les démarches nécessaires au vu de la situation de la personne accompagnée (au regard de sa provenance et de son orientation). Dans le cas contraire, je réglerai l'intégralité des frais de séjour.

Fait à : ....., le .....

**Signature et cachet éventuel :**

<sup>1</sup> Fixé par le Conseil Départemental annuellement

<sup>2</sup> Fixé par le Conseil Départemental annuellement



## 2/3- PARTIE EDUCATIVE

NOM : .....

Prénom : .....

Dossier établi le : .....

### QUELS SONT VOS BESOINS AU QUOTIDIEN ?

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accompagnement.

**Merci de cocher la case correspondante**

Vie sociale	OUI	NON	Commentaires
Êtes-vous en capacité de demander de l'aide ?			
Savez-vous vous faire comprendre ?			
Savez-vous verbaliser si vous avez mal ?			
Communiquez-vous sans parler ? (Gestes, cris, écrits, pictogrammes, ...)			
Comprenez-vous des messages simples ?			
Comprenez-vous des messages complexes ?			
Compréhension de consignes			
Relations avec les autres			
<b>Présentez-vous une déficience</b>			
➤ Visuelle			Si oui : êtes-vous appareillé ?
➤ Auditive			Si oui : êtes-vous appareillé ?

Autonomie	Seul	Aide partielle	Aide totale	Commentaires
<b>Hygiène / Prendre soins de son corps</b>				
➤ Toilette douche				
➤ Toilette bain				
➤ Toilette lit				
<b>Se vêtir - Se dévêtir</b>				
➤ Besoin de stimulation				
➤ Choisir la vêtue				
<b>Alimentation</b>				
➤ Mange				

Autonomie	OUI	NON	Commentaires
<b>Elimination</b>			
➤ Troubles occasionnels			
➤ Incontinence			
➤ Port de changes			
➤ Sonde ou sondage			
<b>Repos et sommeil</b>			
➤ Naturel sans traitement			
➤ Troubles du sommeil avec traitement			
➤ Aménagements particuliers			

Mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale	Avec appareillage	Commentaires
Vous déplacer à l'intérieur					
Vous déplacer à l'extérieur					
Faire vos transferts					
Utiliser les escaliers					
Utiliser un ascenseur					

Habitudes de vie	OUI	NON	Lesquels ?
Y a-t-il des activités que vous aimeriez pratiquer ?			
Avez-vous des attentes particulières concernant la vie en collectivité			
Autres :			

**Autres éléments que vous souhaiteriez porter à notre connaissance :**

.....

.....

.....

Merci de votre collaboration.

<b>Signature du demandeur :</b>	<b>Signature du représentant légal (le cas échéant) :</b>	<b>Signature de la personne qui a aidé à remplir ce dossier :</b>





### 3/3- PARTIE MEDICALE

NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Dossier établi le : .....

NOM : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Age : .....  
 Nom du médecin traitant (ou médecin de l'établissement d'origine) .....  
 .....  
 Adresse postale : .....  
 Téléphone : ..... Mail : .....  
 Nom du (ou des) médecins spécialistes (indiquer la spécialité et les coordonnées) : .....  
 .....

DIAGNOSTIC PRINCIPAL	
SOMATIQUE	PSYCHIQUE

ANTECEDENTS	
Cardiaques	
Pulmonaires	
Digestifs	
Urinaires	
Neuropsychiatriques	
Chirurgicaux	
Autres (préciser)	

EXAMEN SOMATIQUE	
<p><b>Constantes :</b>                      TA:            Pouls:        SaO2:        T°:                      Glycémie:    Poids:        Taille:</p>	<p><b>Bilan respiratoire</b>  <input type="checkbox"/> RAS            <input type="checkbox"/> Dyspnée        <input type="checkbox"/> VNI ou PPC  <input type="checkbox"/> Aérosols        <input type="checkbox"/> Oxygène        <input type="checkbox"/> Trachéotomie  <input type="checkbox"/> Aspiration trachéo-bronchique (fréquence : .....)  <input type="checkbox"/> Tabac (nombre de cigarette en moyenne par jour : .....)                 </p>
<p><b>Bilan cutané</b>  <input type="checkbox"/> Normal        <input type="checkbox"/> A risque  <input type="checkbox"/> Plaies / Escarre                      Localisation : .....                      Soins : .....</p>	<p><b>Allergies</b>  <input type="checkbox"/> oui : Laquelle : .....  <input type="checkbox"/> non</p>



**Bilan urinaire et digestif**

Continent  Incontinence urinaire  
 Incontinence fécale  Protection  
 Etui pénien  Stomie urinaire  
 Colostomie  Sonde à demeure  
 Sondage urinaire évacuateur  
 Auto  Hétéro (fréquence :.....)

**Bilan moteur**

Hémiplégie droite  Hémiplégie gauche  
 Paraplégie  Pas d'appui  
 Tétraplégie  Tétraparésie

**Utilisation de matériel (venir avec votre matériel)**

Matelas à air : *informer IDE EATU*  Lève malade  Fauteuil roulant électrique  
 Barrières de lit  Verticalisateur électrique  Fauteuil roulant manuel  
 Disque de transfert  Planche de transfert  Fauteuil coquille  
 Orthèse de jour  Orthèse de nuit  Canne  
 Bas (ou chaussettes) de contention  Contention (pelvienne, abdominale)  Couvert ergonomique  
 Grenouillère  Prothèses :  dentaires  auditives  visuelles

**Bilan comportemental**

Agitation  Angoisse  
 Troubles cognitifs  Confusion  
 Auto agressivité  Hétéro agressivité

**Contraception**

oui : Laquelle :.....  
 non

**Douleur**  
 Verbalisée :  
 Oui  
 Non : Comment la douleur se manifeste-t-elle ?  
 .....

**Vaccinations**  
 Les vaccinations obligatoires sont-elles à jour ?  
 Oui  Non  
 Vaccination grippe saisonnière :  
 Oui  Non

Soins	OUI	NON	Fréquence		
			Par jour	Par semaine	Par mois
Consultations médicales régulières					
Hôpital de jour / CMP					
Soins psychiatriques					
Soins psychologiques					
Soins infirmiers					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					

**Avez-vous des observations complémentaires ?**

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

**Date :**

**Tampon et signature du Médecin**



## FICHE DIETETIQUE

Seule cette fiche dûment **complétée par un médecin** sera prise en compte comme **prescription** d'un régime alimentaire, sachant que seuls ces régimes peuvent être mis en œuvre dans notre établissement.

**NOM ET PRENOM :** .....

**ALLERGIE :** .....

### REGIME :

- Diabétique
- Sans porc
- Sans gluten
- Sans poissons, sans crustacés
- Hyposodé
- Végétarien

### TEXTURE :

- Alimentation :
- Normale
  - Viande Hachée
  - Mixée
  - GPE / Gastrostomie
- Hydratation :
- Normale
  - Gazeuse
  - Épaissie / Gélifiée

- Risque de fausse route
- Compléments alimentaires
- Surveillance particulière (préciser) : .....

Le service de production culinaire s'engage à proposer des repas équilibrés conformes aux préconisations du GEMRCN et du PNNS.

**Date :**

**Tampon et signature du Médecin**

