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'Entraygues, 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 Massegros, 48 230 CHANAC.

- Foyer de vie/F.A.M. Saint Hélion : 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

Photo

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 **:** ☐ Merci de préciser : .....
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, merci de préciser : .....

☐ Autre : .....

☐ A l'Hôpital Depuis le : .....

☐ En Etablissement Depuis le : .....

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

Quelle 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 : .....
.....
.....
.....

Qu'est-ce-que la personne de confiance :

« *Lors de toute prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il est proposé à la personne majeure accueillie de désigner, si elle ne l'a pas déjà fait, une personne de confiance* […] ». Code de l'action sociale et des familles (CASF), article L 311-5-1

La personne de confiance a plusieurs missions :

- Aide pour la compréhension de vos droits,
- Accompagnement et présence :

  La personne de confiance peut si vous le souhaitez :
  - être présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher votre consentement à être accueillie dans l'établissement d'hébergement (en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui…)

  - vous accompagner dans vos démarches liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.

  -assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.

Vous pouvez désigner comme personne de confiance toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant…
Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission.

La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation.

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 **:** ☐ Merci de préciser : .....
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

Médico-Social et/ou Hospitalier :

Nom et adresse	Années	Modalités d'accueil (internat ou externat)

Quels sont vos souhaits concernant votre accueil en établissement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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	Solutions que vous avez mises, ou que vous souhaitez mettre, en œuvre :
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	Solutions que vous avez mises, ou que vous souhaitez mettre, en œuvre :
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	Solutions que vous avez mises, ou que vous souhaitez mettre, en œuvre :
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		
			Par jour	Par semaine	Par mois
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 ?**	**Solutions que vous avez mises, ou que vous souhaitez mettre, en œuvre :**
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?	Solutions que vous avez mises, ou que vous souhaitez mettre, en œuvre :
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) :	Signature de la personne qui a aidé à remplir ce dossier :

CERTIFICAT MEDICAL

Nom de naissance : **Nom d'usage :**

Prénom : **Date de naissance :**

Adresse :

N° d'immatriculation Sécurité Sociale :

1. PATHOLOGIE :

Pathologies principales :

Autres pathologies éventuelles :

Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité…) :

2. HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE

Origine, circonstances d'apparitions :

☐ Congénitale ☐ Maladie ☐ Accident vie privée

☐ Accident du travail ☐ Maladie professionnelle

Date d'apparition :

☐ A la naissance ☐ Depuis moins de un an

☐ Depuis 1 à 5 ans ☐ Depuis plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux **en rapport avec le handicap :**

3. DESCRIPTION CLINIQUE ACTUELLE

Poids : Taille :

Latéralité dominante
avant handicap : ☐ Droite ☐ Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Permanents	Réguliers > 15 j par mois	Ponctuels <15 j par mois
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Précisions :

Perspective d'évolution globale :

☐ Stabilité ☐ Incapacité fluctuante ☐ Amélioration
(préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)

☐ Aggravation ☐ Evolutivité majeure ☐ Non définie

Comptes-rendus joints. Préciser :

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc….

4. TRAITEMENTS ET PRISES EN CHARGE THERAPEUTIQUES

Contraintes et effets secondaires présentas ayant un impact sur la vie quotidienne.
Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle…) :

Régime alimentaire :

Autre prise en charge concernant les soins :

☐ Hospitalisation itératives ou programmées

☐ Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)

Fréquence

☐ Suivi médical spécialisé

☐ Autres

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière	**Fréquence**	**Suivis pluridisciplinaires :**	**Modalité de suivi**
☐ Ergothérapeute		☐ CMPP (Centre Médico Psycho Pédagogique)	
☐ Infirmière		☐ CMP (Centre Médico Psychologique)	
☐ Kinésithérapeute		☐ CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à temps partiel)	
☐ Orthophoniste		☐ Hôpital de jour	
☐ Orthoptiste		☐ Autre	
☐ Psychologue			
☐ Psychomotricien			
☐ Autre			

Projet thérapeutique :

Type d'appareillage :

Corrections auditives : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale ☐ Appareillage ☐ Implant

Aide à mobilité : ☐ Déambulateur ☐ Canne ☐ Orthèse, Prothèse (préciser)
☐ Fauteuil roulant électrique ☐ Fauteuil roulant manuel
☐ Autre préciser (Ex : Scooter,...) :

Appareillage visuel : ☐ Télé-agrandisseur ☐ Terminal-braille ☐ Logiciel de basse vision
☐ Loupe ☐ Logiciel de synthèse vocale

Alimentation / Elimination : ☐ Gastro ou jéjunostomie d'alimentation ☐ Stomie digestive d'élimination
☐ Sonde urinaire ☐ Stomie urinaire

Aides respiratoires : ☐ Trachéotomie ☐ O2 ☐ Appareil de ventilation (préciser)

Aide à la parole : ☐ Prothèse phonatoire

Autre appareillage :

Précisions (types, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

5. RETENTISSEMENT FONCTIONNEL ET /OU RELATIONEL

Déplacement : Périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation
Cannes	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Déambulateur	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Fauteuil roulant manuel	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Fauteuil roulant électrique	☐ En intérieur	☐ En extérieur	

Ralentissement moteur : ☐ Oui ☐ Non Besoin de pauses : ☐ Oui ☐ Non

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : ☐ Oui ☐ Non

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	**Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine**	**Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation**	**Non réalisé**	**Ne se prononce pas**

Mobilité, manipulation / Capacité motrice	A	B	C	D	NSP
Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement					
Marcher :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main non dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Motricité fine :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions :

Communication

	A	B	C	D	NSP
Communiquer avec autres (s'exprimer, sa faire comprendre) :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser le téléphone :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser les autres appareils techniques de communication (téléalarme, ordinateur..) :	☐	☐	☐	☐	☐

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage : ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

Bilan orthophoniste à joindre en cas de troubles du langage oral et écrit avec un retentissement significatif.

Cognition / Capacité cognitive

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace…

	A	B	C	D	NSP
Orientation dans le temps :	☐	☐	☐	☐	☐
Orientation dans l'espace :	☐	☐	☐	☐	☐
Gestion de la sécurité personnelle :	☐	☐	☐	☐	☐
Maîtrise du comportement :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions, Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

Conduites émotionnelles et comportementales (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger ...) :

☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

La personne sait-elle :

☐ Lire ☐ Ecrire ☐ Calculer ☐ NSP

Entretien personnel
Toilette, habillage, continence, alimentation...

	A	B	C	D	NSP
Faire sa toilette :	☐	☐	☐	☐	☐
S'habiller, se déshabiller :	☐	☐	☐	☐	☐
Manger et boire des aliments préparés :	☐	☐	☐	☐	☐
Couper ses aliments :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions (si incontinence, si supervision ou stimulation nécessaire...) :

	A	B	C	D	NSP

Vie quotidienne et vie domestique

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches…
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

	A	B	C	D	NSP
Prendre son traitement médical :	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son suivi des soins :	☐	☐	☐	☐	☐
Faire les courses :	☐	☐	☐	☐	☐
Préparer un repas :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer les tâches ménagères :	☐	☐	☐	☐	☐
Faire des démarches administratives :	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son budget :	☐	☐	☐	☐	☐

Autres (préciser)

Précisions :

Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale : ☐ Vie familiale ☐ Isolement ☐ Rupture ☐ Autres (préciser)

Présence d'un aidant familial : ☐ Oui ☐ Non

Quel est le lien de l'aidant avec la personne en situation de handicap ?

Quel type d'intervention ?

Précisions :

Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :

Retentissement sur l'emploi :
Avis du médecin du travaill joint (si possible)

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et /ou le maintien dans l'emploi : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si Oui, préciser :

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si Oui, préciser :

6. REMARQUES OU OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES SI BESOIN

7. COORDONNEES ET SIGNATURE

Docteur : **Médecin traitant :** ☐ Oui ☐ Non

Identifiant RPPS : **Identifiant ADELI :**

Adresse postale :

Téléphone : **Email :**

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le

Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)