



DOSSIER D'ADMISSION

ESAT D'OLMET

AVEC OU SANS HEBERGEMENT



02/07/2015

PARTIE 1 : SIGNALÉTIQUE

IDENTITE

Nom.....
Noms de jeune fille.....
Prénoms.....
Date de naissance.....
Lieu de naissance.....
Nationalité.....

ADRESSES

Domicile principal.....
.....
Téléphone.....
Portable.....
Mail.....

Domicile secondaire (famille/parents).....
.....
Téléphone.....
Portable.....
Mail.....

Domicile de secours

Définition : 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. »

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.

Adresse domicile de secours.....
.....

PERSONNES DE CONFIANCE

Nom.....
Lien.....
Téléphone.....

AIDANT FAMILIAL

Indiquer ici les coordonnées de la personne qui s'occupe habituellement de la personne handicapée, chez qui elle se rend régulièrement le weekend ou vacances

Nom.....
Lien.....
Téléphone.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE PROBLEME

Nom.....
Lien.....
Téléphone.....

Nom.....
Lien.....
Téléphone.....

Nom.....
Lien.....
Téléphone.....

Nom.....
Lien.....
Téléphone.....

COUVERTURE MALADIE

Fournir les pièces justificatives

Nom.....
Prénom.....
N° assuré.....
Etablissement.....
Adresse.....

MUTUELLE

Fournir les pièces justificatives

Nom.....
Adresse.....
Téléphone.....
N° de contrat.....
Date de validité : du.....au.....

TRAJETS

Fournir les pièces justificatives

Moyens de transports utilisés : Bus
 Train
 Vélo/Cyclo
 Taxi
 Voiture sans permis
 Voiture avec permis

Si vous prenez le bus ou le train, merci de préciser :

ALLER : Ligne.....
Arrêt.....
Horaires.....

RETOUR : Ligne.....
Arrêt.....
Horaires.....

Avez-vous la carte SNCF ter Billet Solidarité ? oui non

PARTIE 2 : MODE ADMINISTRATIF DE PRISE EN CHARGE

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Fournir les pièces justificatives

Caisse.....
N° allocataire.....
Code confidentiel.....

MESURE DE PROTECTION

Fournir les pièces justificatives

- oui
 non
 en cours
Si oui, de quel type : tutelle
 curatelle renforcée
 curatelle simple
 sauvegarde de justice

Organisme.....
Nom et prénom de la personne.....
Adresse.....
.....
Téléphone.....
Mail.....

MDPH

Fournir les pièces justificatives

RQTH oui non
AAH oui non
Carte d'invalidité oui non
Complément de ressources oui non
Département

N° de dossier.....

INVALIDITE

Fournir les pièces justificatives

Pension d'invalidité oui non
Organisme qui verse cette pension.....
Adresse.....
Téléphone.....
Montant.....

PARTIE 3 : CURSUS INSTITUTIONNEL / SCOLARITE

Fournir les pièces justificatives

Pour chaque période de la vie, indiquez les évènements importants et les établissements successivement fréquentés dans le milieu ordinaire ou spécialisé.

Période de 0 à 5 ans (établissements pour enfants) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Période de 6 à 14 ans (établissement pour enfants) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Période après 14 ans (établissements pour adolescents) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Age adulte (établissements pour adultes ou emplois) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PARTIE 4 : FAMILLE

Fournir les pièces justificatives

Famille naturelle

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Nom de jeune fille		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité		
Situation matrimoniale		
Profession		
Adresse		
Téléphone		
Mail		
Si décédé, année du décès		

Famille d'accueil

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Nom de jeune fille		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Nationalité		
Situation matrimoniale		
Profession		
Adresse		
Téléphone		
Mail		
Si décédé, année du décès		

Fratric oui non

Si oui, nombre de frère(s) et/ou sœur(s).....

Rang dans la fratrie.....

Si pas assez de place, merci de compléter sur papier libre le tableau ci-dessous

Nom			
Prénom			
Nom de jeune fille			
Date de naissance			
Parenté *			
Situation matrimoniale			
Profession			
Adresse			
Téléphone			
Mail			
Si décédé, année du décès			
Placé dans un établissement spécialisé ? si oui, lequel			

*frère, sœur, 1/2 frère, 1/2 sœur, famille recomposée, autre...

Commentaires / observations

.....

.....

.....

PARTIE 5 : SITUATION SOCIALE

Situation matrimoniale célibataire
 marié (e)
 union libre
 divorcé (e)
 pacsé (e)
 séparé (e)
 veuf (ve)

Conjoint oui non

Nom.....

Nom de jeune fille.....

Prénoms.....

Date de naissance.....

Lieu de naissance.....

Enfant (s) à charge oui non nombre.....

Nom	Prénoms	Date de naissance	Lieu de naissance	Lien de parenté

Observations.....

.....

.....

Assurance Responsabilité civile

Fournir les pièces justificatives

Nom.....

Adresse.....

Téléphone.....

N° de contrat.....

PARTIE 6 : SITUATION ACTUELLE

Indiquez le contexte et les raisons de la demande d'admission

.....
.....

Votre demande est-elle dans le cadre d'un rapprochement géographique ? oui non

Précisez.....
.....

Etes-vous déjà travailleur dans un ESAT ? oui non

Si oui lequel ?.....

Avez-vous déjà une demande en cours dans un ESAT ? oui non

Si oui lequel ?.....

Mode de prise en charge actuel de la personne

En établissement à domicile pas de prise en charge

Nom et type d'établissement ou du service à domicile :

.....
.....

Adresse :

.....

Tél :

Depuis quelle date ? :

Hébergement actuel de la personne

En établissement

Nom et type d'établissement (si différent de l'établissement qui accueille en journée)

.....

Dans sa famille

Nom :

Lien de parenté :

En famille d'accueil

Nom :

Autres,

précisez:.....

.....

PARTIE 7 : EVALUATION DE L'AUTONOMIE

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

à pied à vélo à mobylette/scooter en transport en commun en voiturette En voiture

Q2/ Vous savez utiliser le téléphone sans aide

téléphone portable téléphone fixe

Q3/ Quotidiennement

- 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 gérer vos rendez-vous médicaux :

Seul(e) sur sollicitation avec aide non

Vous gérer votre traitement médicamenteux :

Seul(e) sur sollicitation avec aide non

Q8/Les activités ou sorties pratiquées habituellement en établissement ou/et en autonomie

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

1. Médecins qui suivent habituellement la personne :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

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

Noms, spécialités et coordonnées des spécialistes :

(Cardiologue, psychiatre, psychologue, endocrinologue, gynécologue, ophtalmologue, dentiste kiné....)

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

Antécédents médico-chirurgicaux :

a. A la naissance

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

b. Dans l'enfance et l'adolescence

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

2. Pathologie principale :

La pathologie principale, celle qui est à l'origine du handicap.

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

Traitement (joindre dernière ordonnance) :

.....
.....

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

Contraception :

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

Régime :

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

Autres pathologie présentes :

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

Allergies :

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

Si la personne a été hospitalisée depuis moins de 6 mois, dans quel service ?

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

Motif de l'hospitalisation :

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

Groupe Sanguin.....

PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE

FICHE ADMISSION

- courrier de demande d'admission du candidat
- copie de l'extrait d'acte de naissance
- copie du livret de famille
- coordonnées des parents et de toute la fratrie avec adresses et numéros de téléphone
- copie de la notification du jugement de mesure de protection
- copie notification aide sociale en cours de validité si hébergement demandé
- copie de la carte d'identité recto et verso
- copie de la carte vitale
- copie attestation des droits Sécurité sociale en cours de validité (CPAM, MSA, CMU) + préciser si ALD et dates de validité
- copie carte mutuelle en cours de validité
- copie attestation d'assurances (Responsabilité civile + Multirisques habitation + véhicules)
- 4 photos d'identité
- copie du permis de conduire + carte grise
- relevé d'identité bancaire
- copie attestation droits CAF avec n° allocataire (AAH + Allocation logement + etc. ...)
- copie code confidentiel pour accéder au dossier CAF sur internet
- copie notifications MDPH ou le cas échéant récépissé du dépôt de demande à la MDPH
 - RQTH
 - Orientation vers ESAT avec ou sans hébergement
 - Taux d'incapacité
 - AAH
 - Carte invalidité
 - PCH
- copie des 2 derniers avis d'imposition ou de non-imposition
- copie attestation de pension d'invalidité (dernière)
- copie de la 1^{ère} notification d'attribution avec la catégorie
- copie du carnet de santé / carnet de vaccination
- préciser si présence d'une carte bancaire
 - Carte de paiements oui Non
 - Carte de retraits oui Non
 - Montant plafonnés oui Non
- préciser si présence d'un chéquier oui Non
- dossier médical
- noms des médecins qui vous suivent
- copie du projet personnalisé
- bilans social, éducatif, psychologique

**ATTENTION
DOSSIER INCOMPLET
ET/OU
TOUTE PIECE MANQUANTE
ENTRAINERA
UN REFUS DU DOSSIER**

Merci de votre compréhension