ESAT – Les ateliers de la Cère
Foyer d'hébergement – Résidence d'Olmet
Foyer de vie – Résidence Louradou

DOSSIER POUR UNE ADMISSION OU UN STAGE A L'ESAT D'OLMET AVEC OU SANS HEBERGEMENT A LA RESIDENCE D'OLMET

✉ 26 route de la chapelle, OLMET 15800 VIC SUR CERE
☎ 04.71.47.51.81
secretariat@acapolmet.fr
Siret 775 728 462 000 26
Géré par l'Association ACAP Olmet

Association Cantalienne d'Accompagnement Personnalisé
✉ 26, route de la Chapelle, Olmet, 15800 VIC SUR CERE
☎ 04 71 47 51 81
Adresse mail : secretariat@acapolmet.fr
Site internet : acapolmet.fr

PARTIE 1 : SIGNALETIQUE

MERCI DE COLLER UNE PHOTO D'IDENTITE

IDENTITE

Nom…….....
Nom 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 agrée 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 et adresse mail……...

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 de parenté…….....
Téléphone…….
Profession…….
Adresse……
Téléphone et adresse mail……...

PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE PROBLEME

Nom…….....
Lien…….....
Téléphone et mail……

Nom…….....
Lien…….....
Téléphone et mail ……...

Nom…….....
Lien…….....
Téléphone et mail ……...

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 (si vous le souhaitez)……..

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		

Fratrie ❒ 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, ½ frère, ½ 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…….
Préciser si le conjoint est déjà accueilli ou s'est porté candidat dans l'établissement :
……..

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 (possibilité de faire un courrier)
……
……..
……
……
……
……

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 manipulez 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
.....
.....
.....
..... ……..

PARTIE 8 . BESOINS ET ATTENTES

Joindre le dernier projet personnalisé élaboré ou possibilité de joindre un courrier

……
……
……
……
……
……

PARTIE 9 : INFORMATION MEDECINE GENERALE

A faire compléter par le médecin et à mettre sous pli

Nom du Médecin :

Date :

Cachet et signature du médecin :

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

……
……
……

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……

mutuelle intégrance — L'esprit de solidarité — Groupe APICIL

REGIME DE PREVOYANCE DES TRAVAILLEURS HANDICAPES

DISTRIBUE PAR LA MUTUELLE INTEGRANCE ET ASSURE PAR MICILS

Prev' ESAT

BULLETIN DE DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE DÉCÈS

COORDONNEES DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

N° de contrat : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

IDENTITE DU TRAVAILLEUR HANDICAPE : L'ASSURE

Nom : ..... Prénom : .....Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Date de Naissance : __ __/__ __/__ __ N° Sec. Soc. : __/__ __/__ __/__ __/__ __ __/__ __ __/__ __

Date d'entrée dans l'ESAT : __ __/__ __/__ __ Catégorie : **Travailleur Handicapé en ESAT**

❒ Célibataire ❒ Veuf(ve) ❒ Divorcé(e) ❒ Séparé(e) ❒ Marié(e) ❒ Vie maritale ❒ PACSé(e)

Nombre d'enfants fiscalement à charge:__ __ Préciser si l'Assuré bénéficie d'une mesure de ❒ Tutelle ❒ Curatelle renforcée ❒ Curatelle

DESIGNATION DES BENEFICIAIRES EN CAS DE DECES

- **CLAUSE TYPE, qui s'applique automatiquement si le présent document n'est pas rempli et retourné :**

  En cas de décès de l'Assuré, le capital garanti est versé :
  - **en priorité au conjoint survivant de l'Assuré, non séparé judiciairement, ou le partenaire avec qui l'Assuré est lié par un PACS,**
  - **à défaut et à parts égales entre eux, aux enfants de l'Assuré, vivants ou représentés,**
  - **à défaut et à parts égales entre eux, aux père et mère vivants de l'Assuré,**
  - **à défaut et à parts égales entre eux, aux frères et sœurs, vivants ou représentés de l'Assuré,**
  - **à défaut, aux héritiers de l'Assuré, en proportion de leurs parts héréditaires.**

  Particularité ! Le Concubin n'étant pas assimilé au conjoint contrairement au partenaire titulaire d'un PACS vous devez le désigner expressément si vous désirez qu'il soit bénéficiaire du capital en cas de décès.

- **CLAUSE SPÉCIFIQUE, à remplir UNIQUEMENT si l'application de la clause type n'est pas souhaitée et à retourner à :**

  COLLECTEAM – 13 rue de Croquechâtaigne – BP 30064 – 45380 LA CHAPELLE ST MESMIN

  - **Je reconnais avoir pris connaissance des recommandations décrites page 2, notamment que la désignation spécifique de Bénéficiaire par un Assuré sous tutelle ou curatelle doit respecter l'article L132-4-1 du Code des Assurances, et je désigne comme Bénéficiaire(s) du capital en cas de décès, la ou les personnes ci-dessous :**

Nom et Prénom	Date de Naissance	Adresse complète	Répartition (*)

  - **A défaut, mes héritiers, en proportion de leurs parts héréditaires**

(*) Dans le cas où vous désignez plusieurs Bénéficiaires, il est impératif de préciser la répartition entre eux : soit en **pourcentage en indiquant le taux**, soit **« à parts égales »** ou soit **« à défaut »** entre chacun d'eux s'ils viennent en rangs **successifs. Si une telle précision n'est pas mentionnée, vous serez réputé avoir choisi une répartition « à parts égales ».**

Cette désignation est liée au contrat rappelé ci-dessus, en tout état de cause elle devient caduque lorsque ses garanties cessent.

J'atteste qu'aucune désignation antérieure n'a fait l'objet d'une acceptation par l'un quelconque du ou des Bénéficiaires désignés précédemment et reconnaît que la présente désignation particulière annule et remplace toute autre désignation faite antérieurement.

Je déclare également avoir été informé (conformément à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés modifiée) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, et autoriser l'Assureur à effectuer toute opération utile à la gestion ou à la connaissance du risque par le moyen de procédés informatiques. Il est rappelé l'existence d'un droit d'accès aux fichiers et de rectification de ceux-ci qui peut être exercé par courrier adressé au siège social de l'Assureur.

Fait à ..... ,

le .....

(Signature du Travailleur Handicapé Assuré et/ou de son représentant légal précédée de la mention « LU et APPROUVE »)

Contrat assuré par MICILS et distribué par la Mutuelle INTEGRANCE. *Toutes marques déposées.*

La mutuelle MICILS, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, est soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Son siège social est situé 38 rue François Peissel – BP119 – 69464 Caluire et Cuire Cedex.
La mutuelle INTÉGRANCE, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Son siège social est situé au 89, rue Damrémont - 75882 Paris cedex 18.

EN CAS DE DECES

L'ACAP OLMET souscrit dans le cadre de ses obligations d'employeur à un régime de prévoyance pour tous les travailleurs handicapés au groupe APICIL en cas de décès (sous forme d'un capital ou d'une allocation mensuelle d'obsèques), en cas d'inaptitude et en cas d'incapacité temporaire du travail. Les cotisations sont prises directement sur vos payes (3.96% du salaire annuel direct brut et 0.49 % de la rémunération Garantie Annuelle Brute).

Merci de bien vouloir remplir le document joint.

- **Avez-vous pris des dispositions particulières en cas de décès ?**

  □ Oui □ Non

  Si *OUI*, Quelles sont-elles ? (contrat obsèques, etc.)

  .....

  .....

  .....

  .....

  Si *NON*, pensez-vous en prendre ? □ Oui □ Non

  Si *OUI*, précisez quels types de dispositions :

  .....

  .....

  .....

  .....

- **Quels sont vos souhaits (si vous n'êtes pas en mesure de les exprimer à voir avec la famille ou le mandataire judiciaire) ?** (crémation ? enterrement, cérémonie religieuse, etc.)

  .....

  .....

  .....

  .....

- **Quels sont les souhaits de la famille ou du mandataire judiciaire si la personne n'a pas exprimé de désirs particuliers ?**

  .....

  .....

AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES

Madame, Monsieur

L'association ACAP OLMET a décidé la création d'un site internet et d'un blog destiné à faire connaître le projet associatif et de communiquer sur les activités des établissements.

Ce site et ce blog peuvent comprendre notamment :

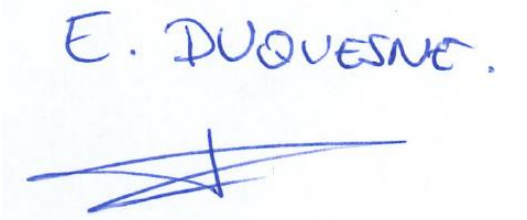
- Des articles concernant la vie des établissements
- Des travaux (dessins, photographies, textes, images multimédias, sons, etc.)
- Des photos de résidents des foyers ou des travailleurs de l'ESAT

Un article peut être illustré de photographies montrant des résidents ou des personnels seuls ou en groupes.

Nous vous prions de bien vouloir compléter le formulaire ci-dessous autorisant l'utilisation des photographies réalisées, ainsi que le travail éventuellement réalisé, selon les modes d'exploitation indiqués dans la présente autorisation.

Nous vous remercions pour votre collaboration.

La Directrice de l'ACAP OLMET
Elisabeth DUQUESNE



1. Consentement du résident

Je soussigné (e)

❒ Madame ❒ Monsieur
Nom : ……..
Prénom : …….

❒ Refuse que l'ACAP Olmet me photographie ou utilise mes travaux sur son site
❒ Autorise l'ACAP Olmet à me photographier ou à utiliser mes travaux pour le site de l'Association.

Dans le contexte défini, la diffusion de l'image et des travaux ne pourra donner lieu à aucune rémunération ou contrepartie sous quelque forme que ce soit. Cette acceptation expresse est définitive et exclut toute demande de rémunération ultérieure.

Cette autorisation est valable pour une utilisation d'une durée de 10 ans dans le monde entier sur tous les supports matériels et immatériels.

Date et signature du résident concerné par l'enregistrement :

2. Autorisation du tuteur

Vu le Code civil, en particulier son article9, sur le respect de la vie privée,
Vu le Code de la propriété intellectuelle,
Vu le consentement préalablement exprimé par la personne mineure ci-avant,
La présente autorisation est soumise à votre signature, pour la fixation sur support et la publication de l'image et des travaux de la personne que vous assistez.
L'établissement s'interdit expressément de céder les droits à un tiers. Il s'interdit également de procéder à une exploitation illicite, ou non prévue ci-avant, de l'image et/ou des travaux susceptible de porter atteinte à sa dignité, sa réputation ou sa vie privée, ainsi qu'à toute autre exploitation qui lui serait préjudiciable selon les lois et règlements en vigueur.

Je soussigné (e) …….
Déclare être le tuteur ou représentant légal de ……..
Je reconnais être entièrement investi de mes droits civils à son égard. Je reconnais expressément que le majeur assisté que je représente n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image, voire de son nom.
Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus concernant le majeur assisté que je représente et donne mon accord pour la fixation et l'utilisation de son image et de ses travaux, dans le cadre exclusif du projet exposé et tel qu'il y a consenti: ❒ OUI ❒ NON

Fait à : …… Le : …… Signature du tuteur ou du Représentant légal :……..

DEMANDE D'ACCORD DU RESIDENT POUR LA PREPARATION DES MEDICAMENTS PAR LA PHARMACIE DU CARLADES A POLMINHAC

Par le présent accord, l'Association ACAP Olmet informe le résident qu'il a passé une convention avec la pharmacie d'officine ci-après désignée pour la préparation et la dispensation des doses de médicaments à administrer :
La pharmacie d'officine, ci-après dénommée « pharmacie d'officine référente » :
Désignation : Pharmacie du Carlades
Adresse : 1, place du campanier 15800 POLMINHAC
Prise en les personnes des pharmaciens titulaires : Mesdames Mathilde ROCHE et Alexandra ROUX

L'établissement et la pharmacie d'officine référente ont choisi le système robotisé qui propose un service complet, automatisé et sécurisé de gestion des traitements médicamenteux, permettant un suivi individualisé des résidents ; depuis la préparation en pharmacie jusqu'à la distribution en établissement.
Ce système de dispensation intègre la préparation éventuelle des doses à administrer et sécurise l'administration des médicaments au résident, tout en assurant la traçabilité des produits.

Dans le cadre de ce service, les informations concernant les prescriptions de médicaments font l'objet d'un traitement informatisé. Les destinataires de ces données sont le personnel de l'établissement et de la pharmacie d'officine. Le système robotisé centralise les données relatives aux consommations de médicaments par l'établissement et peut réaliser des études statistiques anonymes à des fins d'amélioration de la qualité. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, le résident ou son représentant bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent, il doit alors s'adresser au Directeur de l'établissement et au titulaire de la pharmacie d'officine.

Le résident, à défaut la personne de confiance dûment désignée ou son représentant déclare en conséquence des informations qui précèdent :

- Accepter la dispensation des médicaments par la pharmacie d'officine partenaire de l'établissement
- Souhaiter la préparation éventuelle des doses à administrer sur prescription régulière de son médecin traitant ou à titre exceptionnel (et en liaison avec le médecin traitant) le médecin coordonnateur de l'établissement appelé en garde
- Demander la destruction à l'officine de ses médicaments non-utilisés
- Autoriser le traitement des données le concernant, par le système robotisé

LE RESIDENT	PERSONNE DE CONFIANCE/REPRESENTANT DU RESIDENT	DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT
M. Mme NOM : PRENOM : DATE ET SIGNATURE :	M. Mme NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE : LIEN AVEC LE RESIDENT : DATE ET SIGNATURE :	Madame NOM : DUQUESNE PRENOM : Elisabeth DATE ET SIGNATURE :

PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE

FICHE ADMISSION (facultatif pour les périodes de stage)

❒ 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 1ère 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