

# **Dossier unique de demande d'admission en établissement et service pour personnes en situation de handicap**

Le dossier unique de demande d'admission en établissement et service pour personne en situation de handicap vise à simplifier le processus d'admission.

**Le dossier est à remplir une seule fois pour tous les établissements à solliciter.**

Nous attirons votre attention sur le fait que son dépôt ne vaut pas admission. L'établissement ou service sollicité s'engage à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois suite à son dépôt considéré complet.

Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter la MDPH ou le (ou les) établissement(s) que vous sollicitez pour admission.

# S O M M A I R E

1

## Volet administratif

2

## Volet Parcours personnel

Ce dossier est renseigné par le demandeur ou toute personne habilitée à le faire (parents, tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux...)

## Volet Administratif

### 1. Identification

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'épouse ou d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin

Situation maritale : Célibataire  Marié  Pacsé  En concubinage  Divorcé   
Veuf

Nombre d'enfants (année de naissance de chaque enfant) \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Orientation(s) MDPH (Joindre une copie de la notification) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. Vie quotidienne

#### Vous vivez actuellement :

Dans un logement indépendant  Dans un établissement médico-social ou de soins

Vous êtes hébergé au domicile :

De vos parents  D'un ami  De vos enfants

D'un autre membre de votre famille  D'une famille d'accueil

#### Votre adresse actuelle :

Numéro : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

## Volet Administratif

### 3. Mesures de protection

Autorité parentale : Parent 1 : \_\_\_\_\_ Parent 2 : \_\_\_\_\_

#### Mesure de protection juridique des majeurs (plus de 18 ans) :

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? Oui  Non  En cours

Si « Oui » ou « Demande en cours », s'agit-il d'une : Curatelle renforcée  Tutelle   
Habilitation familiale  Sauvegarde de justice  Curatelle simple

*En cas de séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale*

#### Mesure de protection juridique des mineurs ou jeunes majeurs :

Une mesure de protection est-elle en place ? Oui  Non

Si « Oui », s'agit-il d'une :

AED (Mesure d'Action Educative à Domicile)  IOE le cas échéant (Mesure d'Investigation et d'Orientation Educative)

AEMO (Mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert)  CJM (Contrat Jeune Majeur)

Mesure de placement (à préciser MECS, tiers de confiance, famille d'accueil) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. Personne à contacter

Lien (parent, tuteur, référent protection de l'enfance .....):

\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Comment souhaitez-vous être contacté ? Mail  Tel

## Volet Administratif

### 5. Accompagnement

#### Situation actuelle pour les mineurs et jeunes adultes :

Plusieurs réponses possibles :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Scolarisé en milieu ordinaire                 | <input type="checkbox"/> Scolarisé en établissement médico-social |
| <input type="checkbox"/> Formation professionnelle                     | <input type="checkbox"/> Accompagné par un service (SESSAD...)    |
| <input type="checkbox"/> Accompagné par un établissement médico-social | <input type="checkbox"/> Hospitalisé en établissement sanitaire   |
| <input type="checkbox"/> Sans aucune prise en charge                   | <input type="checkbox"/> Autre, à préciser :                      |
|  | _____   |
|  | _____   |
|  | _____   |
|  | _____   |

#### Situation professionnelle pour les majeurs :

Plusieurs réponses possibles :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Exerce une activité professionnelle / en recherche active d'activité professionnelle                           | <input type="checkbox"/> En formation professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle  |   |
| <input type="checkbox"/> Si « exerce une activité professionnelle » ou « en formation », commune dans laquelle l'activité est exercée : |   |
| _____   |   |
| _____   |   |

## Volet Parcours personnel

### 6. Structures fréquentées

- **Scolarité / formation**

Nom de l'établissement scolaire ou du centre de formation fréquenté à l'heure actuelle :

\_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Scolarité ou formation actuellement suivie :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Scolarité suivie :

Date d'entrée dans l'établissement / centre de formation (MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

A temps plein

A temps partiel

Nom de l'enseignant référent pour la scolarisation des personnes handicapées : \_\_\_\_\_

- **Etablissement / service**

Nom de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Établissement fréquenté :

Date d'entrée dans l'établissement/service (MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

A temps plein

A temps partiel

## Volet Parcours personnel

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté éventuellement à l'heure actuelle (n°2) :

\_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Établissement fréquenté : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'établissement/service (MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

A temps plein     A temps partiel

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté éventuellement à l'heure actuelle (n°3) :

\_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Établissement fréquenté : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'établissement/service (MM/AAAA) : \_\_\_\_\_

A temps plein     A temps partiel

**Autres éléments sur le parcours de l'enfant ou de l'adulte :**

## Volet Parcours personnel

### 7. Modalités d'accueil sollicitées

Hébergement permanent

Accueil de jour

Hébergement temporaire

Semi-internat

Internat

### 8. Besoins dans la vie quotidienne

#### Besoin pour la vie à domicile

Pour régler les dépenses courantes (loyer, énergie, habillement, alimentation...)

Pour faire les courses

Pour gérer son budget et répondre aux obligations (démarches administratives assurances, impôts...)

Pour prendre les repas

Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)

Pour préparer les repas

Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir...)

Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements

Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)

#### Besoin pour se déplacer

Pour se déplacer dans le domicile

Pour partir en vacances

Pour utiliser les transports en commun

Pour sortir du domicile ou y entrer

Pour utiliser un véhicule

Pour se déplacer à l'extérieur du domicile

#### Besoin pour la vie sociale

Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre

Pour s'occuper de sa famille

Pour avoir des activités sportives et des loisirs

Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative...)

Pour les relations avec les autres

Pour assurer sa sécurité

### 9. Autres éléments à apporter (situations, attentes, projet)

Signature du demandeur ou son représentant légal