



Toutes les demandes d'admission sont à adresser au :

Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

1, rue Bon Sauveur 22140 BEGARD
Tél. : 02.96.45.37.94 – Fax : 02.96.45.38.24
savs.begard@fondationbonsauveur.fr

Date de réception :/...../.....

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
SAVS / AIR / LDV**

Cocher la ou les demandes choisies



**ACCOMPAGNEMENT
SAVS**



LIEUX DE VIE

Péder nec Prat



**APPARTEMENTS
AIR**

IDENTIFICATION

Identité :

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le :/...../..... A :

Adresse actuelle :

CP : Ville :

Tél. :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Si actuellement hospitalisé(e) :

Nom et coordonnées du service :

Nom du référent : Tél. :/...../...../...../.....

Demande présentée avec :

NOM : Prénom :

Lien avec le demandeur (tuteur, famille, proche...) :

Adresse :

Tél. :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

DATE DE LA DEMANDE :/...../.....

Pièces administratives à transmettre au SAVS

Pièces à fournir impérativement :

- Lettre manuscrite de la personne ou de son représentant.
- 3 photos d'identité récentes.
- Justificatif de ressources
- Certificat Médical pour les demandes d'admission AIR et LDV (modèle joint)

Photocopie des documents ci-dessous :

- Toutes les notifications MDPH (Orientations, AAH, carte invalidité ...)
- Informations sur l'orientation SAVS :
 - Obtenue le :/...../.....
 - Demandée le :/...../.....
 - Non demandée
- Carte d'identité
- Mesure de protection
- Carte d'assuré social
- Carte de mutuelle
- Assurance individuelle – Responsabilité civile
- Avis d'imposition

ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE

Protection sociale :

N° Sécurité Sociale : N° CAF :
 Centre d'affiliation :
 Mutuelle : Assurance :

Décisions MDPH :

N° MDPH :

	Type	Début	Fin	Commentaire
<input type="checkbox"/>	RQTH/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	ORP/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	AAH/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	PCH/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	ACTP/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	CI/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	ORIENTATION SAVS/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	ORIENTATION AUTRE/...../...../...../.....	

Personne de confiance :

NOM : Prénom :
 Lien avec le demandeur (tuteur, famille, proche...) :
 Adresse :
 Tél. :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

Protection juridique :

Mesure exercée par : Famille Organisme Sans En cours

ORGANISME :

NOM du représentant : Prénom :

Lien avec le demandeur (famille, proche...) :

Adresse :

Tél. :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

E-mail :

Type de mesure : Tutelle Curatelle Curatelle renforcée
 MASP MAJ Sauvegarde de justice

ALLOCATIONS ET REVENUS

	Type	Montant Revenu	Commentaire
<input type="checkbox"/>	Salaire€	
<input type="checkbox"/>	AAH <input type="checkbox"/> taux plein <input type="checkbox"/> différentielle€	
<input type="checkbox"/>	PCH€	
<input type="checkbox"/>	ACTP <input type="checkbox"/> à – de 80% <input type="checkbox"/> à 80%€	
<input type="checkbox"/>	Pension invalidité <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} catégorie <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} catégorie <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} catégorie€	
<input type="checkbox"/>	Pension de retraite€	
<input type="checkbox"/>	Majoration tierce personne€	
<input type="checkbox"/>	Forfait grande dépendance€	
<input type="checkbox"/>	Allocation complémentaire€	
<input type="checkbox"/>	Allocation familiale€	
<input type="checkbox"/>	Indemnités chômage€	
<input type="checkbox"/>	Indemnités journalière€	
<input type="checkbox"/>	APL€	
<input type="checkbox"/>	RSA€	
<input type="checkbox"/>	Rente€	
<input type="checkbox"/>	Pension de réversion€	
<input type="checkbox"/>	Complément de ressources€	
<input type="checkbox"/>	Majoration vie autonome€	
<input type="checkbox"/>	Loyer€	
<input type="checkbox"/>	Autre :€	

SUIVI MEDICAL ET MEDICO SOCIAL

Médecin traitant :

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél. :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

Médecin psychiatre :

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél. :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

SUIVI CMP :

Nom du service :

Adresse :

Tél. :/...../...../...../..... Fréquence / jours de présence :

Nom des Référents :

SUIVI HDJ :

Nom du service :

Adresse :

Tél. :/...../...../...../..... Fréquence / jours de présence :

Nom des Référents :

Infirmier(e) libéral(e) :

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél. :/...../...../...../..... Fréquence / jours de présence :

Autre intervenant (ex : Service d'auxiliaire de vie...)

NOM : Prénom :

Adresse :

Tél. :/...../...../...../..... Fax :/...../...../...../.....

Fréquence / jours de présence :

VIE SOCIALE

Hébergement :

- Propriétaire Locataire Hébergé à titre gracieux Hospitalisé
 Autre :

Type d'hébergement : Maison individuelle Appartement

NOM du propriétaire (si autre que demandeur) :

Adresse :

CP : VILLE :

Tél. :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Situation matrimoniale et mode de vie :

- Célibataire vivant seul Célibataire vivant chez ses parents Vit maritalement
 Marié(e) Divorcé(e), séparé(e) Veuf, veuve
 Colocation Autre :

Nom et coordonnées du conjoint / des parents / Frères et sœurs ... :

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

Enfant(s) au domicile :

Nom – Prénom : Nom – Prénom :

Age : Scolarité : Age : Scolarité :

.....
Nom – Prénom : Nom – Prénom :

Age : Scolarité : Age : Scolarité :

Si mesure éducative, Nom et coordonnées de l'éducateur :

.....

Enfant(s) hors foyer :

Nom – Prénom – Age :

Coordonnées :

Nom – Prénom – Age :

Coordonnées :

Nom – Prénom – Age :

Coordonnées :

SCOLARITE ET SITUATION PROFESSIONNELLE

Niveau de scolarité :

- Niveau primaire Niveau BEP-BEPC
 Niveau BAC Niveau BAC +
 Non scolarisé

Formation suivie : Dates :

Situation professionnelle :

Si travaille :

- Travaille en milieu ordinaire Travaille en milieu protégé
 En arrêt maladie En arrêt longue durée

Profession : Employeur :

Sinon :

- A déjà travaillé Au chômage
 N'a jamais travaillé Recherche d'un emploi :

Ancienne(s) profession(s):

Profession : Employeur : Dates :

Profession : Employeur : Dates :

Profession : Employeur : Dates :

Activités :

Occupations actuelles :

.....
.....

Centres d'intérêt identifiés ou supposés :

.....
.....

Transport :

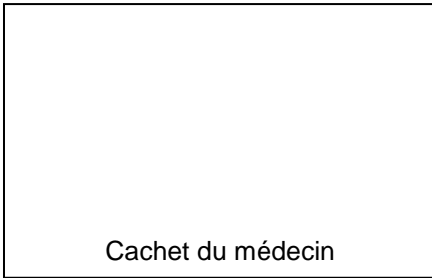
Type de permis de conduire : A A1 B B1 C D E

Date d'obtention :/...../.....

Moyen de locomotion :

- Voiture Voiture sans permis
 Utilisation des transports en commun Cyclomoteur A pied

CERTIFICAT MEDICAL



À Commission admission AIR / LDV
22140 BEGARD

CERTIFICAT MEDICAL

POUR L'ADMISSION

- EN APPARTEMENT D'INSERTION ET DE REINSERTION
- EN LIEU DE VIE

Je soussigné(é), Docteur certifie que l'état de santé de
M/Mme/Mlle
Né(e) le/...../..... A

Est compatible avec le dispositif : AIR Lieu de Vie

Fait à

Le/...../.....

Cachet et signature du médecin