



Dossier d'inscription

Date de réception :/...../.....

Toutes les demandes d'admission sont à adresser au Secrétariat du service ou de la structure concerné :

Cocher la ou les demandes choisies

 SAVS
ADRESSE EHPAD FDV MAS FAM SAMSAH **HEBERGEMENT COMPLET** **ACCUEIL TEMPORAIRE** **ACCUEIL DE JOUR**

IDENTIFICATION

Monsieur Madame

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 accompagnée par :

NOM : Prénom :

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

Adresse :

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

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



SOCIAL

Pièces à transmettre au service ou à la structure

Pièces à fournir impérativement :

- Lettre manuscrite de la personne ou de son représentant.
- 1 photo d'identité récente
- Justificatif de ressources
- Toutes les notifications MDPH (Orientations, AAH, carte invalidité ...)
- Carte d'identité
- Mesure de protection
- Carte d'assuré social
- Carte de mutuelle
- Assurance individuelle – Responsabilité civile
- Avis d'imposition
- Attestation CAF

- Informations sur l'orientation MDPH : (renseigner le type)
 - Obtenue le :/...../.....
 - Demandée le :/...../.....
 - Non demandée

ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE

Protection sociale :

N° Sécurité Sociale : N° CAF/MSA:

Centre d'affiliation :

Mutuelle : Assurance :

Décisions MDPH :

N° MDPH :

	Type	Début	Fin	Commentaire
<input type="checkbox"/>	RQTH/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	AAH/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	PCH/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	ACTP/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	Carte d'Invalidité/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	Orientation SAVS/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	Orientation SAMSAH/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	Orientation FOA/FdV/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	Orientation ESAT/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	Orientation MAS/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	Orientation FAM/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	Autre orientation/...../...../...../.....	

Personne à prévenir en cas de nécessité :

NOM : Prénom :

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

Adresse :

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

Protection juridique ou administrative :

Type de mesure : Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée

MASP (Mesure d'accompagnement social personnalisé)

MAJ (Mesure d'accompagnement judiciaire)

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

Mesure exercée par : Famille Organisme Sans En cours

Nom du mandataire et de l'éventuel organisme désigné :

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

Adresse :

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

E-mail :

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"/>	Complément de ressources€	
<input type="checkbox"/>	Majoration vie autonome€	
<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"/>	Allocation supplémentaire invalidité€	
<input type="checkbox"/>	Pension de retraite€	
<input type="checkbox"/>	Pension de réversion€	
<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"/>	Autre :€	

SUIVI MEDICAL ET MEDICO SOCIAL

Médecin traitant :

NOM : Prénom :

Adresse :

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

Médecin psychiatre :

NOM : Prénom :

Adresse :

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

SUIVI CMP et/ou CATTP:

Nom du service :

Adresse :

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

Nom des Référents :

SUIVI : Hôpital de Jour :

Nom du service :

Adresse :

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

Nom des Référents :

SUIVI Centre Soins Accompagnement Prévention Addictologie :

Nom du service :

Adresse :

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

Nom des Référents :

Infirmier(e) libéral(e) :

NOM : Prénom :

Adresse :

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

Suivi social de secteur

NOM : Prénom :

Adresse :

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

Autre intervenant (ex : SAVS / SAMSAH / 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 (ex : colocation) :

Type d'hébergement : Maison individuelle Appartement

NOM du propriétaire (si autre que demandeur) :

Adresse :

CP : VILLE :

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

Situation matrimoniale :

Célibataire vivant seul Célibataire vivant chez ses parents Vit maritalement

Marié(e) Divorcé(e), séparé(e) Veuf, veuve

PACSé(e) Autres :

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

Conjoint :

Nom – Prénom : Adresse :

Numéro de téléphone : Adresse mail :

Père :

Mère :

Nom – Prénom : Nom – Prénom :

Adresse : Adresse :

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone :

Adresse Mail : Adresse Mail :

Fratrie :

Nom – Prénom : Nom – Prénom :

Date de naissance : Date de naissance :

Adresse : Adresse :

Numéro de téléphone : Numéro de téléphone :

Adresse Mail : Adresse Mail :

Nom – Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse Mail :

Enfant(s) au domicile :

Nom – Prénom : Nom – Prénom :

Date de naissance :Scolarité : Date de naissance :.....Scolarité :.....

Nom – Prénom : Nom – Prénom :

Date de naissance :Scolarité : Date de naissance :.....Scolarité :.....

Si mesure éducative, Nom et coordonnées du référent :

.....

Enfant(s) hors foyer :

Nom – Prénom – Date de naissance

Coordonnées :

Nom – Prénom – Date de naissance

Coordonnées :

Nom – Prénom – Date de naissance

Coordonnées :

SCOLARITE

Parcours scolaire :

Niveau primaire

Niveau collège

Niveau BEPC

Niveau BEP/ CAP

Niveau BAC

Niveau BAC +

IME /ITEP

Non scolarisé

Autre

Formation professionnelle suivie :

Dates :

SITUATION PROFESSIONNELLE/ BENEVOLAT/ ACTIVITES

Expérience professionnelle : OUI NON

Parcours professionnel (emplois, secteurs, périodes) :

Profession :.....Dates :.....

Profession :.....Dates :.....

Profession :.....Dates :.....

Profession :.....Dates :.....

Bénévolat (structures, périodes, missions) :

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

Activités :

- Occupations actuelles/ loisirs :

.....
.....

-Centres d'intérêt identifiés ou supposés :

.....
.....

TRANSPORT

Transport :

Permis valide : oui non type (auto/moto...) :

Moyen de locomotion :

- Voiture Voiture sans permis à pied
- Utilisation des transports en commun Cyclomoteur Vélo
- Autre

SOUHAITS, PROJETS, MOTIVATIONS DE LA PERSONNE à remplir par le demandeur

Relations familiales et sociales :

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

Logement :

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

Administratif et budget :

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

Vie sociale :

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

Autres :

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

MOTIFS DE LA DEMANDE, BESOINS REPERES PAR LE PROFESSIONNEL OU L'EQUIPE ORIENTANT

Relations familiales et sociales :

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

Logement :

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

Administratif et budget :

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

Vie sociale :

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

Autres :

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

ANNEXES A REMPLIR

+ Document tableau (photocopie)

Fiches médicales d'admission, annexes différentes pour FdV, SAVS / SAMSAH et MAS / FAM

Fiche autonomie : pour MAS ET FAM a revoir sur la trame du FdV

Annexe : liste des besoins (documents / meubles / linge)

(Lettre d'information de reception du dossier) .