



Dossier de demande d'admission

Date de réception :/...../.....

Toutes les demandes d'admission sont à adresser au :

**Service d'Accompagnement à la Vie Sociale/
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAVS/SAMSAH)**
1, rue Bon Sauveur 22140 BEGARD
Tél. : 02.96.45.37.94 – Fax : 02.96.45.38.24
savs.begard@fondationbonsauveur.fr

Cocher la ou les demandes choisies

 SAVS SAMSAH

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 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 en hébergement (modèle joint)
- Informations médicales pour les demandes d'accompagnement SAMSAH (sous pli séparé)
- Contrat Droit à l'image

Photocopie des documents ci-dessous :

- Toutes les notifications MDPH (Orientations, AAH, carte invalidité ...)
- Informations sur l'orientation SAVS/ SAMSAH:
 - Obtenue le :/...../.....
 - Demandée le :/...../.....
 - Non demandée
- Informations sur l'orientation SAMSAH :
 - 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/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"/>	CI/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	Orientation SAVS/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	Orientation SAMSAH/...../...../...../.....	
<input type="checkbox"/>	Orientation ESAT/...../...../...../.....	
<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 :

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 :

Type de mesure : Tutelle Curatelle Curatelle renforcée

MASP MAJ Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

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 HDJ :

Nom du service :

Adresse :

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

Nom des Référents :

SUIVI CSAPA :

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 : Service d'auxiliaire de vie...)

NOM :Prénom :

Adresse :

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

Fréquence / jours de présence :

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 et mode de vie :

- 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 ... :

.....

.....

.....

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 :

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niveau primaire | <input type="checkbox"/> Niveau collègue | <input type="checkbox"/> Niveau BEPC |
| <input type="checkbox"/> Niveau BEP/ CAP | <input type="checkbox"/> Niveau BAC | <input type="checkbox"/> Niveau BAC + |
| <input type="checkbox"/> IME /ITEP | <input type="checkbox"/> Non scolarisé | <input type="checkbox"/> Autre |

Formation suivie : Dates :

SITUATION PROFESSIONNELLE/ BENEVOLAT/ ACTIVITES

Parcours professionnel (emplois, secteurs, périodes) :

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

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 :

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Voiture | <input type="checkbox"/> Voiture sans permis | <input type="checkbox"/> à pied |
| <input type="checkbox"/> Utilisation des transports en commun | <input type="checkbox"/> Cyclomoteur | <input type="checkbox"/> Vélo |
| <input type="checkbox"/> Autre | | |

CONTRAT DROIT A L'IMAGE

Entre la Personne accompagnée par le SAVS/SAMSAH
ou son représentant légal

Et

Le SAVS/ SAMSAH
Représenté par Madame Nathalie Montay,
Directrice du Pôle Social et Médico-social (DPSMS)

J'autorise que M/Mme..... soit filmé(e) ou photographié(e) lors d'activités ou de sorties extérieures. Les photos ou films pouvant aller sur l'extérieur et/ou être vus par des personnes étrangères à l'établissement.

Je confirme que quelque soit l'utilisation, le genre ou l'importance de la diffusion, la participation est effectuée à titre gracieux.

Il est entendu que le S.A.V.S/ SAMSAH s'interdit expressément, une exploitation des photographies ou films susceptibles de porter atteinte à la vie privée de la personne accompagnée.

Toute contestation relative à l'interprétation et/ou l'exécution des dispositions du présent contrat sera exclusivement portée devant les tribunaux compétents.

Ce présent contrat est conclu pour une durée de 5 ans.

Fait à le

M. Mme

Signature :

Directrice du Pôle
Social et Médico-social (DPSMS)

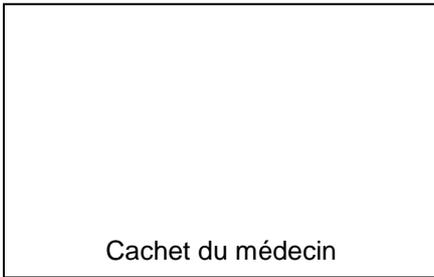
Madame Nathalie Montay

Représentant légal :

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL

Uniquement pour les admissions en hébergement



À Commission admission SAVS / SAMSAH
1, rue Bon Sauveur
22140 BEGARD

CERTIFICAT MEDICAL

POUR L'ADMISSION en hébergement

Je soussigné(é), Docteur certifie que l'état de santé de

M/Mme/Mlle

Né(e) le/...../..... A

Est compatible avec le dispositif : hébergement

Fait à

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

Cachet et signature du médecin

**INFORMATIONS MEDICALES (document à joindre sous pli
séparé à l'attention du médecin du SAMSAH)**