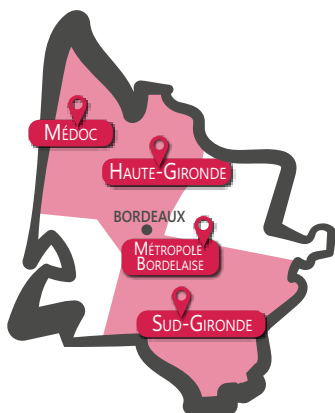




adapei 33



DOSSIER DE CANDIDATURE SAVS DÉPARTEMENTAL



Métropole Bordelaise | Médoc
Haute-Gironde | Sud-Gironde



savs.departemental@adapei33.com



05 33 20 09 30

**ADRESSE RETOUR
DOSSIER CANDIDATURE**



Vous habitez dans le Sud Gironde :

SAVS Départemental - Sud Gironde
21 Avenue Gabriel Chaigne
33190 La Réole

Sinon :

SAVS Départemental
10 rue des Saules
33130 Bègles

Votre prénom :

Votre nom :

Zone réservée au service

Date de réception du dossier :

Tampon du service qui réceptionne :

Retrouvez la signification des mots
stabilotés en jaune, en dernière page



Mon identité et mes coordonnées

Mon nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal Ville

Téléphone(s) :

E-mail :

Mesure de protection juridique des majeurs

Avez-vous une mesure de protection ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Demande en cours

Si oui ou si votre demande est en cours, laquelle ?

☐ Curatelle simple

☐ Curatelle renforcée

☐ Tutelle

☐ Sauvegarde de justice

Indiquez les coordonnées de votre représentant légal

Prénom, Nom :

Adresse :

Code postal Ville

Téléphone(s) :

E-mail :

Mes personne(s) ressource(s)

J'indique ici les coordonnées de la ou des personnes, du ou des professionnels qui m'aident dans ma vie quotidienne et dans mes démarches :

Nom, Prénom	Lien	Adresse Code postal / Ville	Téléphone / mail
	☐ Familial ☐ Amical ☐ Professionnel		☎ @
	☐ Familial ☐ Amical ☐ Professionnel		☎ @
	☐ Familial ☐ Amical ☐ Professionnel		☎ @
	☐ Familial ☐ Amical ☐ Professionnel		☎ @

Ma situation actuelle

Mon domicile

- | | |
|--|--|
| ☐ Je vis dans mon propre logement | ☐ Je vis en colocation |
| ☐ Je vis au domicile de ma famille | ☐ Je vis en couple |
| ☐ Je vis dans un établissement | ☐ Je vis seul(e) |
- Précisez le type d'établissement (foyer...) :

Ma vie active

- | | |
|---|--|
| ☐ Je suis en formation | ☐ Je suis en recherche de formation |
| ☐ J'ai un emploi | ☐ Je suis en recherche d'emploi |
| ☐ Autre (précisez) | |

i : Vous pouvez cocher plusieurs réponses selon votre situation

Si vous suivez une formation

Quelle formation suivez-vous ?

Si vous occupez un emploi

Nom de l'entreprise qui vous emploie :

Quelle est votre emploi :

Mes accompagnements au quotidien

- ☐ Je bénéficie d'un ou plusieurs accompagnements (SESSAD, PEA, SAMSAH, SAVS, ESAT, EA, CMP, FO, CHRS, Habitat jeunes, COJ, STP, auxiliaires de vie, aidant familial...)

Si oui, lequel ou lesquels ?

Mes renseignements médicaux

Mon médecin traitant

Prénom, Nom : Dr

Adresse :

.....
.....

Code postal Ville

Téléphone(s) :

E-mail :

Votre accompagnement par des spécialistes :

Votre santé nécessite-t-elle un accompagnement par des spécialistes ?

Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Prénom et nom du médecin	Spécialité

Mes renseignements administratifs

Maison Départementale des Personnes Handicapées

Votre n° de Dossier **MDPH** :

Orientation(s) indiquée(s) par la MDPH : Pour chaque orientation en cours de validité, indiquez la nature, la date de décision et la date de fin de validité.

- Nature de l'orientation

Date de décision Date de fin

- Nature de l'orientation

Date de décision Date de fin

- Nature de l'orientation

Date de décision Date de fin

>>> **Veillez joindre la photocopie de votre notification d'orientation SAVS par la MDPH, ou le récépissé)**

Percevez-vous l'AAH ?

☐ Non ☐ Oui, valable jusqu'au :

Percevez-vous une PCH ?

☐ Non ☐ Oui, valable jusqu'au :

Avez-vous une carte d'invalidité ?

☐ Non ☐ Oui, valable jusqu'au :

Mes habitudes de déplacements et de communication

Je préfère me déplacer

- | | |
|--|--|
| ☐ À pied | ☐ En transports en communs |
| ☐ À vélo | ☐ En voiturette (voiture sans permis) |
| ☐ À mobylette / scooter | ☐ En voiture |
| ☐ En trottinette électrique | |

Je préfère être contacté(e)

- | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Par téléphone | ☐ Par SMS | ☐ Par e-mail |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|

Quelles sont les conséquences de votre handicap dans votre vie quotidienne ?

J'ai des difficultés pour :

Mes demandes

Je souhaite une aide pour :

Ma vie quotidienne (À la maison, pour me déplacer, pour mes achats, pour mes repas)

J'aimerais apprendre à :

Ma vie sociale (Loisirs, temps libre, vacances, utilisation du téléphone, de l'ordinateur...)

Mes papiers / Mon budget (payer mes factures, envoyer un courrier, calculer un budget)

J'aimerais apprendre à :

Mes demandes (suite)

Je souhaite une aide pour :

Ma santé (Prendre mes rendez-vous, trouver un médecin, comprendre mes informations médicales, m'habituer aux soins...)

J'aimerais que le SAVS m'accompagne pour :

Ma vie professionnelle (Le travail, la formation, la retraite...)

J'aimerais que le SAVS m'aide à :

Mon entourage (Mes parents, mes enfants, mes amis)

J'aimerais que le SAVS m'accompagne pour :

Autres éléments à prendre en compte

Documents à joindre obligatoirement à votre dossier

Documents administratifs	
☐	☒ Photocopies de la notification d'orientation SAVS en cours de validité, délivrée par la MDPH
☐	☒ En cas de demande en cours, joindre la photocopie du récépissé de dépôt de la demande d'orientation à la MDPH
☐	☒ Photocopie recto/verso de votre pièce d'identité
☐	☒ Photocopie de votre mesure de protection si vous en avez une

>>> Si vous avez besoin de précisions ou d'aide pour rassembler certains documents, n'hésitez pas à contacter le service (coordonnées en page 1 du dossier).

Date

Signature du candidat

Pour compléter ce dossier de candidature SAVS, vous avez été accompagné par :

Vous	Votre famille ou votre représentant légal	Un professionnel
		Prénom, Nom : Fonction :
	Lien de parenté :	Etablissement :

Envoyez le formulaire

Glossaire

A

AAH :	Allocation aux Adultes Handicapés
ADIR :	Entretien pour le diagnostic de l'autisme
ADOS :	Echelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme

C

CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMP :	Centre Médico-Psychologique
COJ :	Centre Occupationnel de Jour

E

EA :	Entreprise Adaptée
ESAT :	Établissement et Service d'Aide par le Travail

F

FH :	Foyer d'Hébergement
FL :	Foyer Logement
FO :	Foyer Occupationnel

M

MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
--------	---

P

PCH :	Prestation de Compensation du Handicap
PEA :	Plateforme Emploi Accompagné

S

SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD :	Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SOJ :	Section Occupationnelle de Jour
STP :	Section à Temps Partiel

T

TSA :	Trouble du Spectre de l'Autisme
-------	---------------------------------