



DOSSIER DE CANDIDATURE ADAPEI de la Gironde

NOM :

PRENOM :

(zone réservé au service)

Tampon du service qui réceptionne :

(zone réservé au service)

Date de réception :

DEMANDE D'ADMISSION POUR :

SAVS Départemental : 10 Rue des Saules – 33130 BEGLES

DOSSIER COMPLET à retourner au :

SAVS Départemental

10 Rue des Saules

33130 BEGLES

INDIQUEZ LE CONTEXTE ET LES RAISONS DE LA DEMANDE D'ADMISSION :

EST-CE QUE VOUS BENEFICIEZ DEJA D'UN ACCOMPAGNEMENT SPECIALISE ?

Si Oui, lequel ?

AVEZ-VOUS UNE DEMANDE D'ADMISSION EN COURS DANS UN AUTRE SERVICE ?

OUI NON

Si Oui, Lequel ou Lesquels ?



DOSSIER DE CANDIDATURE

SAVS DEPARTEMENTAL ADAPEI 33

NOM DU CANDIDAT :

PRENOM :

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Adresse:

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

Téléphone(s) :

Mail :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS

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

Si « Oui » ou « Demande en cours », il s'agit d'une :

Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle Sauvegarde de justice

Nom-Adresse-Téléphone du représentant :

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

RESSOURCES DE LA PERSONNE

Indiquer ici les coordonnées de la ou des personnes qui peuvent ou qui vous aident dans votre vie quotidienne et dans vos démarches.

Nom :Prénom :

Nature du lien (familial, amical....) :

Adresse :

.....

.....

Tél. :

Mail. :

Nom :Prénom.....

Nature du lien (familial, amical....) :

Adresse :

.....

.....

Tél. :

Mail. :

SITUATION ACTUELLE DE LA PERSONNE

logement autonome

logement en famille

en situation de formation

en situation de travail

sans projet de formation et/ou d'emploi

logement en colocation

logement en couple

en recherche de formation

en recherche de travail

autre : à préciser

NB : vous pouvez cocher plusieurs réponses selon votre situation

Nature de la formation suivie et adresse:

.....

.....

.....

Nature de l'emploi occupé et adresse :

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Maison Départementale des Personnes Handicapées:

N° de Dossier MDPH :

Orientations Indiquées par la M.D.P.H : (Pour chaque orientation en cours de validité, indiquer la nature, la date de décision et la date de fin de validité)

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

(Veuillez joindre la photocopie de chaque notification d'orientation par la M.D.P.H)

Percevez-vous l'AAH ? Non Oui, valable jusqu'au :

Sécurité Sociale : CPAM MSA

Nom de l'assuré :

N° Immatriculation :

Adresse de la caisse :

.....

Mutuelle: Oui Non

Nom de l'Adhérent :

N° Adhérent :

Adresse de la mutuelle:

.....

Allocations : CAF MSA

Nom de l'Allocataire :

N° d'Allocataire :

Adresse de la caisse :

.....

CONJOINT : Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :

 Tél. :
 Mail :

ENFANTS :

NOM Prénom	Date de naissance

PARCOURS DE LA PERSONNE

Pour chaque période de la vie, indiquez les événements importants et les établissements successivement fréquentés dans le milieu ordinaire ou spécialisé. (Si la page proposée n'est pas suffisante, merci de compléter sur papier libre).

Événements importants :	
--------------------------------	--

--

Etablissements fréquentés	
Nom et commune de l'établissement scolaire et/ou de l'établissement ou service spécialisé :	Années :



SAVS DEPARTEMENTAL (suite)

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

NOM :

PRENOM :

Q1/ Vous êtes capable de vous déplacer seul(e) :

- à pieds à vélo à mobylette/scooter en transports en communs
 en voiturette en voiture

Q2/ Vous savez utiliser le téléphone :

- seul(e) sur sollicitation avec aide non

Q2/ Vous savez utiliser internet et l'email :

- seul(e) sur sollicitation avec aide non

Q3/ Quotidiennement,

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vous gérez seul(e) votre argent de poche | <input type="checkbox"/> sur sollicitation | <input type="checkbox"/> avec aide | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Vous utilisez une carte de retrait | <input type="checkbox"/> sur sollicitation | <input type="checkbox"/> avec aide | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Vous êtes capable de réaliser seul(e) un achat simple | <input type="checkbox"/> sur sollicitation | <input type="checkbox"/> avec aide | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Vous gérez seul(e) l'ensemble de vos dépenses | <input type="checkbox"/> sur sollicitation | <input type="checkbox"/> avec aide | <input type="checkbox"/> non |

Q4/ Pour les repas,

Vous savez préparer vos repas:

- seul(e) sur sollicitation avec aide non

Vous faites vos courses:

- seul(e) sur sollicitation avec aide non

Q5/ Pour le ménage,

Vous savez entretenir votre logement:

- seul(e) sur sollicitation avec aide non

Vous savez entretenir votre linge:

- seul(e) sur sollicitation avec aide non

Vous savez entretenir les espaces de vie communs:

- seul(e) sur sollicitation avec aide non

Q6/ Pour la toilette,

Vous assurez votre hygiène corporelle:

seul(e) sur sollicitation avec aide non

Q7/ Pour le suivi de votre santé,

Vous gérez vos rendez-vous médicaux:

seul(e) sur sollicitation avec aide non

Vous gérez votre traitement médicamenteux:

seul(e) sur sollicitation avec aide non

Evaluation de l'autonomie complétée par :

Candidat <i>et/ou</i>	Famille ou représentant légal <i>et/ou</i>	Professionnel
Date : Nom :	Date : Nom : Lien de parenté :	Date : Nom : Fonction : Etablissement :

BESOINS

Si vous avez été ou êtes déjà accueilli dans un autre établissement ou service médico-social,

Joindre le dernier Projet Personnalisé élaboré en établissement ou service.

ATTENTES

Quelles activités ou sorties sont pratiquées habituellement ? ou souhaitées ?

En autonomie :

En famille :

Dans quel domaine souhaitez-vous être aidé ou accompagné ?

Autres attentes et souhaits à prendre en compte pour l'élaboration de votre projet personnalisé d'accompagnement ?

PIÈCES OBLIGATOIRES A JOINDRE

Pièces administratives :	
	Photocopies des orientations M.D.P.H. en cours de validité
	Le cas échéant, photocopie du récépissé de dépôt de la demande d'orientation à la M.D.P.H.
	Photocopie de l'attestation A.A.H
	Photocopie recto/verso de votre pièce d'identité
	Photocopie de l'attestation Sécurité Sociale (ou M.S.A.) qui vous couvre
	Photocopie de la Carte de mutuelle qui vous couvre
	Photocopie mesure de protection le cas échéant
	1 photographie d'identité récente

Pièces liées à l'accompagnement :	
	Lettre de motivation stipulant les attentes de la personne
	Copie du Projet Personnalisé en cours dans l'établissement précédent
	Bilan psychologique

Si vous avez besoin de précisions ou d'aide pour rassembler certains documents, n'hésitez pas à contacter le service.

Dossier complété par (compléter la ou les cases qui conviennent) :

Candidat	Famille ou représentant légal	Professionnel
Date :	Date :	Date :
Nom :	Nom :	Nom :
Signature :	Lien de parenté :	Fonction :
	Signature :	Etablissement :