



DOSSIER DE CANDIDATURE
Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)

<u>NOM :</u>	
<u>PRENOM :</u>	
<small>(zone réservée à l'établissement)</small> Tampon de l'établissement qui réceptionne:	<small>(zone réservée à l'établissement)</small> Date de réception:

DEMANDE D'ADMISSION

DEMANDE D'ADMISSION POUR :

- FAM BEGLES
98 rue Alexis Labro, 33 130 BEGLES
- FAM GUJAN-MESTRAS
Allée des Corsaires, 33 470 GUJAN MESTRAS
- FAM SAINT MICHEL DE RIEUFRET
Route d'Illats, 33 720 SAINT MICHEL DE RIEUFRET

**DOSSIER COMPLET à retourner aux établissements concernés
(adresses indiquées ci-dessus).**

NOTE : En fonction des places disponibles, l'ADAPEI pourra être amenée à vous proposer un établissement autre que celui de votre choix.

NOTE : Chaque FAM a une autorisation délivrée par le président du Conseil Général de la Gironde. Il est, à ce titre, habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale. Au moment de l'admission au FAM, vous déposerez un dossier d'admission à l'Aide Sociale auprès du Centre Communal d'Action Sociale dont vous fournirez le récépissé au FAM.

TYPE DE DEMANDE D'ADMISSION :

- INTERNAT.
- EXTERNAT (5 JOURNEES/SEMAINE).
- EXTERNAT DANS L'ATTENTE D'UNE PLACE EN INTERNAT.
- ACCUEIL TEMPORAIRE.
- ACCUEIL TEMPORAIRE DANS L'ATTENTE D'UNE PLACE EN INTERNAT.
- ACCUEIL TEMPORAIRE DANS L'ATTENTE D'UNE PLACE EN EXTERNAT.

L'accueil en externat n'est proposé qu'au FAM Bègles.

POUR UNE DEMANDE D'EXTERNAT OU D'ACCUEIL TEMPORAIRE, EXPLIQUEZ POURQUOI CE CHOIX ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VOTRE DEMANDE EST-ELLE FAITE DANS LE CADRE D'UN RAPPROCHEMENT GEOGRAPHIQUE ? DETAILLEZ.

.....

.....

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

DE L'ADAPEI DE LA GIRONDE ? OUI NON

D'UNE AUTRE ASSOCIATION ? OUI NON

Si Oui, Laquelle ou lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....



DOSSIER DE CANDIDATURE (suite)

NOM DU CANDIDAT :

PRENOM :

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Adresse personnelle de la personne handicapée :

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

Téléphone(s) :

.....
.....

SITUATION FAMILIALE :

Préciser si la personne handicapée est mariée, vit en couple, a des enfants :

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

Préciser si le conjoint est déjà accueilli ou s'est porté candidat dans un établissement de l'ADAPEI de la Gironde. (quel établissement ?)

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

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Une mesure de protection est-elle en place ? Oui Non Demande en cours
 Si « Oui » ou « Demande en cours », il s'agit d'une :

Tutelle Curatelle renforcée Curatelle simple Sauvegarde de justice

Nom-Adresse-Téléphone du représentant légal :

.....

Attention : En cas de réponse « Non », seule la personne handicapée peut remplir le dossier et le déposer. Une audition auprès de la commission d'admission pourra être envisagée afin d'évaluer cette capacité.

La commission se réserve le droit de surseoir à sa décision si aucune démarche de protection n'est entreprise le jour de la commission

PERSONNE DE CONFIANCE
 (Art L.311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance librement (*).
 La personne de confiance est consultée au cas où la personne handicapée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits. Si la personne handicapée le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens afin de l'aider dans ses décisions. La personne de confiance peut être un parent, un proche, ou n'importe quel autre professionnel en qui la personne a confiance (ex : médecin traitant).

Si elle est désignée, Nom de la personne de confiance :

Prénom :

Lien de parenté :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

.....

Tél. :

(*): Pour les personnes sous tutelle, et pour lesquels le juge a autorisé la personne chargée de la protection à représenter ou à assister le majeur pour les actes relatifs à sa personne en application du deuxième alinéa de l'article 459 du code civil, il faut demander l'autorisation au juge de désigner une personne de confiance.

AIDANT FAMILIAL

Indiquer ici les coordonnées de la personne qui s'occupe habituellement de la personne handicapée, chez qui elle se rend régulièrement les WE ou vacances... (l'aidant familial indiqué peut être autre que les parents).

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

Tél. :

DOMICILE DE SECOURS
 (Art L.122-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

Pour une demande d'admission dans un **établissement habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale**, indiquer ici le domicile de secours de la personne handicapée.

Les établissements concernés sont :

- les Foyers Occupationnels et le Centre Occupationnel de Jour (FO, COJ)
- les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM)
- les Sections à Temps Partiel des ESAT (STP)
- les hébergements pour travailleurs d'ESAT (FH, UH, AptCo)

Adresse du domicile de secours:

.....

Définition du domicile de secours:

Article L.122-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles : « Nonobstant les dispositions des articles 102 à 111 du code civil, le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation, sauf pour les personnes admises dans des établissements sanitaires ou sociaux, ou accueillies habituellement, à titre onéreux ou au titre de l'aide sociale au domicile d'un particulier agréé ou faisant l'objet d'un placement familial en application des articles L. 441-1, L. 442-1 et L. 442-3, qui conservent le domicile de secours qu'elles avaient acquis avant leur entrée dans l'établissement et avant le début de leur séjour chez un particulier. Le séjour dans ces établissements ou au domicile d'un particulier agréé ou dans un placement familial est sans effet sur le domicile de secours.

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 :

Percevez-vous la PCH ? Non Oui, valable jusqu'au :

Type de PCH :

Avez-vous une carte d'invalidité ? 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 :

.....

FRATRIE :

NOM Prénom	Date de naissance	Situation familiale/enfants	Profession	Adresse et téléphone

PARCOURS DE LA PERSONNE DEPUIS SA NAISSANCE

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 pour chaque période n'est pas suffisante, merci de compléter sur papier libre).

Période de 0 à 5 ans (Etablissements pour enfants):

Evénements importants :

Nom et commune de l'établissement ou du service :	Années :	Type d'accompagnement	Lieu d'hébergement :

Période de 6 à 14 ans (Etablissements pour enfants):

Evénements importants :

Nom et commune de l'établissement ou du service :	Années :	Type d'accompagnement	Lieu d'hébergement :

Période après 14 ans (Etablissements pour adolescents):

Evénements importants :

Nom et commune de l'établissement ou du service :	Années :	Type d'accompagnement	Lieu d'hébergement :

Age adulte (établissements pour adultes ou emplois):

Événements importants :

Nom et commune de l'établissement ou du service :	Années :	Type d'accompagnement ou d'emploi	Lieu d'hébergement :



DOSSIER DE CANDIDATURE (suite)

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

NOM :

PRENOM :

Q1 : La personne peut-elle communiquer :

- Par la parole
- Communication non verbale
- Pas de communication

Q2 : La personne est-elle en risque vital permanent en l'absence d'aide technique ou humaine ?

- Non
- Oui, en l'absence d'aide technique
- Oui, en l'absence de surveillance humaine
- Oui, en l'absence d'aide technique associée à une surveillance humaine

Q3 : La personne fait-elle sa toilette seule ?

- Oui, sans aide
- Oui, avec quelques difficultés
- Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle
- Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout

Q4 : La personne est-elle incontinente ?

- Non
- Oui, de nuit
- Oui, nuit et jour

Q5 : La personne peut-elle s'habiller seule ?

- Oui, sans aide
- Oui, avec quelques difficultés
- Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle
- Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout

Q6 : La personne peut-elle manger seule ?

- Oui, sans aide
- Oui, avec quelques difficultés
- Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle
- Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout

Q7 : La personne peut-elle se déplacer ?

- Oui, sans aide
- Oui, avec une aide technique

(préciser :.....)

- Oui, avec une aide humaine
- Non

Q8 : La personne sort-elle de son lieu d'hébergement sans aide ?

- Oui, sans aide
- Non, besoin d'aide pour sortir
- Non, confinée au lieu d'hébergement
- Non, confinée à la chambre
- Non, confinée au lit

Q9 : La personne se met-elle, par son comportement, en danger ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent

Evaluation faite par (compléter la case qui convient) :

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

BESOINS

**Joindre le dernier Projet Personnalisé élaborés en établissement.
Joindre également l'ensemble des grilles d'évaluation des compétences dont les grilles MAP/GIR et ROCS.**

Si la personne handicapée est déjà accueillie dans un autre établissement de l'ADAPEI, indiquez **obligatoirement** les résultats des évaluations successives :

MAP : à la date du :	GIR : à la date du :	ROCS : à la date du :
------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

ATTENTES

Quelles activités ou sorties sont pratiquées habituellement ?

En autonomie :

En établissement :

En famille :

Quelles sont les activités ou sorties (habituelles ou nouvelles) qui seront souhaitées ?

Demandes de la personne :

Demandes de la famille :

Autres attentes et souhaits à prendre en compte pour l'élaboration du Projet Personnalisé d'accompagnement ?

PIÈCES OBLIGATOIRES A JOINDRE

Pièces administratives :	
	Photocopies des orientations MDPH. en cours de validité
	Le cas échéant, photocopie du récépissé de dépôt de la demande d'orientation à la MDPH
	Photocopie de l'attestation AAH
	Photocopie recto/verso de la Carte d'Invalidité
	Photocopie de l'attestation PCH
	Photocopie recto/verso d'une pièce d'identité de la personne handicapée
	Photocopie complète du livret de famille
	Photocopie complète du jugement de Tutelle
	Photocopie de l'attestation Sécurité Sociale (ou MSA) qui couvre la personne handicapée
	Photocopie de la Carte de mutuelle de la personne handicapée
	1 photographie d'identité récente
Pièces liées à l'accompagnement :	
	Copie du dernier Projet Personnalisé
	Grilles d'évaluations des compétences
	Rapport social
	Bilan éducatif
	Bilan psychologique
	Dossier médical sous enveloppe cachetée
	Rapport de stage (pour les ESAT)
	Curriculum vitae (pour les ESAT)

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

Signatures des personnes qui déposent le dossier de candidature:

Personne handicapée :	Représentant légal :	
Date :	Date :	
Nom :	Nom :	
Signature :	Signature :	
Personne de confiance si elle est désignée :	Famille :	Professionnel qui a aidé à constituer le dossier :
Date :	Date :	Date :
Nom :	Nom :	Nom :
Signature :	Lien de parenté :	Fonction :
	Signature :	Etablissement :
		Signature :



SOUS-DOSSIER DE CANDIDATURE
Dossier Médical

<p><u>NOM :</u></p> <p><u>PRENOM :</u></p>
--

DOSSIER MÉDICAL

**Cette fiche doit être remplie par un médecin (médecin traitant ou d'établissement).
Elle doit être jointe au reste du dossier de candidature sous enveloppe cachetée pour être
transmise au médecin de la commission d'admission.**

Complété par :

Médecin
Date :
Nom et cachet du médecin:
Etablissement :

I. MEDECINS QUI SUIVENT HABITUELLEMENT LA PERSONNE :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

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

Noms, spécialités et coordonnées des spécialistes :
(cardiologue, psychiatre, endocrinologue, ophtalmologue, gynécologue, dentiste...)

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

Date de la dernière visite chez le neurologue :
le diabétologue :
le cardiologue :
l'ophtalmologue :
le dentiste :
le gynécologue :

II. ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX :

1) A la naissance

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

Poids : Taille : APGAR :

Prématurité :

2) Dans l'enfance et l'adolescence :

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

3) Antécédents familiaux :

.....

.....

.....

.....

.....

III. PATHOLOGIE PRINCIPALE :

La pathologie principale, celle qui est à l'origine du handicap, doit être indiquée par un chiffre « 1 ». Une 2nde pathologie peut être indiquée par un chiffre « 2 ».

<input type="checkbox"/> Autisme et autres Troubles Envahissants du Développement
<input type="checkbox"/> Psychose Infantile
<input type="checkbox"/> Autre psychose (survenue à l'adolescence)
<input type="checkbox"/> Trisomie et autres aberrations chromosomiques
<input type="checkbox"/> Accidents périnataux
<input type="checkbox"/> Trauma-craniens et autres lésions cérébrales
<input type="checkbox"/> Autres pathologies génétiques connues. Préciser :.....
<input type="checkbox"/> Autres pathologies. Préciser :.....
<input type="checkbox"/> Pathologie inconnue

1) Diagnostic et description détaillée du handicap :

.....

.....

.....

.....

.....

Retentissement au quotidien :

.....

2) Résultats détaillés des principaux examens complémentaires pratiqués (avec dates) :

.....

.....

.....

.....

.....

EEG :

Tests Psychologiques :

3) Traitement détaillé (produits, doses, joindre copie de la dernière ordonnance) :

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

Contraception :

.....
.....

Régime :

.....
.....

4) Autres pathologies présentes :

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

5) Si la personne a été hospitalisée depuis moins de six mois, dans quel service ?

.....
.....

Motifs de l'hospitalisation :

.....

6) Le handicap est-il évolutif? Stabilisé?

IV. DEFICIENCES PRINCIPALE ET ASSOCIEES :

Déficience Principale (1 seul choix possible)

La déficience principale est celle qui apparaît la plus invalidante.

Déficiences Intellectuelles

- Retard mental profond et sévère
- Retard mental moyen
- Retard mental léger
- Autres déficiences de l'intelligence

Déficiences du psychisme

- Déficiences intermittentes de la conscience (dont épilepsie)
- Troubles de la conduite et du comportement
- Déficiences dues à des troubles psychiatriques graves
- Autres déficiences du psychisme

- Déficience du langage et de la parole** *Préciser laquelle ?*
- Déficience auditive** *Préciser laquelle ?*
- Déficience visuelle** *Préciser laquelle ?*
- Déficience Motrice** *Préciser laquelle ?*
- Polyhandicap (déficience mentale grave associée à une déficience motrice importante)**
- Plurihandicap (associe plusieurs déficiences de même gravité)**

Déficiences Associées

Déficiences Intellectuelles

- Retard mental profond et sévère
- Retard mental moyen
- Retard mental léger
- Autres déficiences de l'intelligence

Déficiences du psychisme

- Déficiences intermittentes de la conscience (dont épilepsie)
- Troubles de la conduite et du comportement
- Déficiences dues à des troubles psychiatriques graves
- Autres déficiences du psychisme

- Déficiences du langage et de la parole** *Préciser laquelle ?*
- Déficiences auditives** *Préciser laquelle ?*
- Déficiences visuelles** *Préciser laquelle ?*
- Déficiences motrices** *Préciser laquelle ?*
- Autres déficiences** *Préciser laquelle ?*