DOSSIER DE CANDIDATURE

ADAPEI de la Gironde

Dossier de candidature commun pour les ESAT (Etablissements et Services d'Aide par le Travail)

Dossier complet à envoyer à le ou les établissement(s) concerné(s). Pour une admission sur un des sites de l'ESAT Métropole, veuillez envoyer le dossier à l'ESAT Pessac Magellan au 9 Rue Claude Chappe 33600 Pessac.

Demande d'admission pour :

ESAT Métropole

□ Site de Pessac Magellan

□ Site de Pessac Alouette

□ Site de Blanquefort

ESAT Bassin Médoc

□ Site de Villambis

□ Site d'Audenge

ESAT Libournais Blayais

□ Site de Braud et Saint Louis

□ Site de Saint Denis de Pile

ESAT Mongauzy

□ Site de Mongauzy

Dossier avec demande d'hébergement ?

□ Oui

□ Non

Besoin de la STP (Section à Temps Partiel) ?

□ Oui

□ Non

Demande d'ESAT Hors Mur ?

□ Oui

□ Non

SOMMAIRE

Renseignements administratif ……page 3

Renseignements sur le parcours de la personne ……page 8

Evaluation de l'autonomie ……page 10

Renseignements médicaux ……page 11

Renseignements psychologiques ……page 14

Pièces à fournir

Coordonnées et Activités des ESAT ADAPEI 33

Renseignements Administratifs

Date : ……/……/…….

Nom de la personne qui remplit le dossier : ……

Fonction : ……

Tel : …… Email : ……

NOM : …… Prénom(s) : ……

Date de naissance : ……/……/……. Lieu : ……

Nationalité : …… Carte de séjour n° : ……

Valable jusqu'au ……/……/…….

Adresse personnelle : ……

Code postal : …… Ville : ……

Numéro de téléphone : ……

Adresse email : ……

Avez-vous le permis de conduire ?

□ Oui (si oui, une photocopie sera à fournir) □ Non

Si oui, avez-vous un véhicule personnel ?

□ Oui □ Non

Si non, quel moyen de transport utiliserez-vous pour vous déplacer ?

□ Bus/Tramway □ Train □ Vélo □ Scooter □ Autres : ……

Situation familiale :

□ Célibataire □ Pacsé(e) □ Marié(e) □ Divorcé(e) □ Veuf(ve)

Avez-vous des enfants ?

□ Oui □ Non

Si oui, combien ? ……

Composition familiale :

	Nom et Prénom	Date de naissance	Adresse	Téléphone	Profession
Conjoint(e)					
Enfant(s)					
Père					
Mère					
Fratrie					

Personne à prévenir en cas de besoin :

NOM : ……. Prénom : ……

Numéro de téléphone : ……

Adresse : ……

Code postal : …… Ville : ……

Si la personne le souhaite, elle peut désigner une personne de confiance.

Le formulaire de désignation sera rempli lors de l'admission.

Sécurité sociale :

Caisse : ……

Numéro de sécurité sociale : …. ……. ……. ……. ……. ……. …….

Numéro de téléphone : ……

Adresse personnelle : ……

Code postal : …… Ville : ……

Mutuelle :

Nom de la mutuelle : ……

Numéro de téléphone : ……

Adresse personnelle : ……

Code postal : …… Ville : ……

Numéro adhérent : ……

Dossier MDPH :

Numéro de dossier individuel : …….. Numéro de dossier familial : ……

ESAT :

□ Oui □ Non

Date de validité du ……/……/…… au ……/……/……

Autres candidature ESAT en cours :

□ Oui □ Non

RQTH :

□ Oui □ Non

Date de validité du ……/……/…… au ……/……/……

AAH :

□ Oui □ Non

Date de validité du ……/……/…… au ……/……/……

PCH :

□ Oui □ Non

Date de validité du ……/……/…… au ……/……/……

Carte Mobilité Inclusion :

□ Oui □ Non

Date de validité du ……/……/…… au ……/……/……

Numéro : …… Taux : …… %

Foyer d'hébergement pour travailleur d'ESAT :

□ Oui □ Non

Date de validité du ……/……/…… au ……/……/……

Si non, y a-t-il un besoin d'hébergement en foyer pour travailleurs d'ESAT ou une candidature en cours ? □ Oui □ Non

Si oui, vers quel établissement ? ……

SAVS :

□ Oui □ Non

Date de validité du ……/……/…… au ……/……/……

SAMSAH :

□ Oui □ Non

Date de validité du ……/……/…… au ……/……/……

Autres :

□ Oui □ Non

Date d'attribution : ……

Caisse de versement des allocations : □ CAF □ MSA

Numéro allocataire : ……

Numéro de téléphone : ……

Adresse : ……

Code postal : …… Ville : ……

Ressources :

AAH :		**Pension d'invalidité :**		**RSA :**		**Allocation chômage :**	
□ Oui	□ Non	□ Oui	□ Non	□ Oui	□ Non	□ Oui	□ Non

Mesure de protection juridique : □ Oui □ Non

□ Tutelle □ Curatelle renforcée □ Curatelle simple □ Autres : ……..

Assuré par : ……

Adresse : ……

Code postal : …… Ville : ……

Numéro de téléphone : ……

Adresse email : ……

Service/personne aidant à la réalisation de ce projet : (Indiquer les coordonnées de la personne)

□ Famille : ……

□ CMP : ……

□ Etablissements : ……

□ Assistante sociale : ……

□ Psychiatre libéral : ……

□ Organisme d'insertion : ……

Suivi en cours : (Indiquer les coordonnées de la personne)

□ Etablissements (IME, ITEP, Service d'insertion...): ……

□ Infirmier : ……

□ Psychiatre : ……

□ Psychologue : ……

□ SAVS : ……

□ SAMSAH : ……

DATE : …… / …… / …… **SIGNATURE DE LA PERSONNE CONCERNEE :**	**DATE : …… / …… / ……** **SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL (SI CAS ECHEANT) :**

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARCOURS DE LA PERSONNE

Date : ……/……/…….

Nom de la personne qui remplit le dossier : ……

Fonction : ……..

Tel : …… Email : ……

Années	Institutions/Classes	Remarques/Observations	Evénements importants

Parcours scolaire et/ou institutionnels :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Formation : Apprentissage, stages, diplôme(s) obtenu(s) :

……
……
……
……
……
……

Expérience(s) professionnelle(s) :

……
……
……
……
……
……

Evènements importants :

……
……
……
……
……
……

Souhait de projet professionnel du candidat (activité à l'ESAT, métier, temps plein/temps partiel) et motivations pour l'admission en ESAT :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

EVALUATION DE L'AUTONOMIE

Date : ……/……/…….

Nom de la personne qui remplit le dossier : ……

Fonction : ……

Tel : …… Email : ……

Les activités pour lesquelles un soutien est nécessaire:

→ Besoin d'un soutien lors des déplacements :

□ pour sortir du domicile □ pour utiliser les transports en commun □ pour conduire un véhicule

□ autres (préciser) : ……

→ Besoin d'un soutien dans la vie quotidienne :

□ pour les tâches ménagères □ pour entretenir le logement □ pour faire les courses

□ pour les démarches administratives □ pour la gestion du budget

□ pour la prise de médicaments □ pour le suivi médical

□ autres (préciser) : ……..

→ Besoin d'un soutien dans les savoirs faire :

□ pour une remise à niveau des connaissances générales □ pour une évaluation des compétences

Les aides de l'entourage :

□ aucune aide

→ Reçoit de l'aide pour :

□ le moment des repas □ la préparation des repas

□ l'entretien : □ du linge □ du logement

□ les courses □ la gestion du budget □ l'accompagnement dans les démarches administratives

Ces aides sont actuellement apportées par :

□ la famille □ un ami(e) □ un travailleur social □ une aide à domicile □ autres : ……

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A faire remplir par un médecin référent

Partie à mettre sous enveloppe

Nom du candidat : …… Prénom(s) : ……

En l'absence de médecin dans l'établissement, nous vous informons que ce document pourra être lu par un professionnel de l'équipe médico-sociale (infirmière, psychologue).

Date : ……/……/…….

Nom de la personne qui remplit le dossier : ……

Fonction : ……

Tel : …… Email : ……

Diagnostic à l'origine du handicap principal (classification CIM 10) et manifestations :

……
……
……
……
……
……

Handicap associé (classification CIM 10) et manifestations :

……
……
……
……
……
……

Anamnèse (début des premières difficultés et/ou déclenchement des troubles, antécédents institutionnels, hospitalisations, histoire cliniques, évolution symptomatique :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Evaluation de l'état psychique actuel (qualité de la stabilisation psychopathologique) :

……
……
……
……
……
……

Antécédent médicaux et/ou troubles associés (en particulier comitialité) :

……
……
……
……
……
……

Traitement en cours :

TRAITEMENT	Matin	Midi	Soir	Coucher

La personne est-elle autonome dans la prise de ses médicaments :

□ Oui □ Non

Suivi en cours (préciser le rythme des consultations, les coordonnées des intervenants) :

……
……
……
……
……
……

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Suivi psychiatrique en cours (coordonnées du médecin, de l'infirmier référent ou des autres intervenants) :

……
……
……
……
……
……

Antécédents et état actuel médico-chirurgicaux, vaccinations, traitements à long terme (préciser les coordonnées du médecin traitant généraliste et des spécialistes éventuels) :

……
……
……
……
……
……

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

RENSEIGNEMENTS PSYCHOLOGIQUES

Partie à mettre sous enveloppe

Nom du candidat : …… Prénom(s) : ……

En l'absence de médecin dans l'établissement, nous vous informons que ce document pourra être lu par un professionnel de l'équipe médico-sociale (infirmière, psychologue).

Date : ……/……/……

Nom de la personne qui remplit le dossier : ……

Fonction : ……

Tel : …… Email : ……

Observations psychologiques :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Résultats des tests psychologiques éventuels :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

PIECES A FOURNIR

- Photocopie de la carte d'identité ou de la carte de séjour
- Photocopie de la carte mobilité invalidité
- Photocopie de la carte vitale
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale
- Photocopie de la carte mutuelle
- Photocopie des notifications MDPH (si obtenues):
    - ESAT
    - AAH
    - FH
    - RQTH
    - SAVS
    - SAMSAH
- Photocopie de l'attestation CAF/MSA pour l'AAH
- RIB
- Courrier de candidature et de motivation
- Une photo d'identité

- Si mesure de protection, photocopie du jugement

<u>Renseignements médicaux :</u>

- Photocopie du carnet de vaccinations
- Prescription médicale du traitement en cours

ESAT Métropole

ESAT Pessac Magellan :

9 Rue Claude Chappe 33600 Pessac

05.57.26.15.26

Activités proposées :

- Restauration
- Service en salle
- Blanchisserie
- Espaces verts
- Sous traitance industrielle
- Légumerie
- Entretien des locaux

ESAT Pessac Alouette :

37 Avenue du Port Aérien 33600 Pessac

05.57.26.16.26

Activités proposées :

- Restauration
- Espaces verts
- Sous traitance industrielle
- Entretien des locaux

ESAT Blanquefort :

48, rue Jean Duvert 33290 Blanquefort

05.56.49.40.07

Activités proposées :

- Restauration
- Entretien des locaux
- Espaces verts
- Sous traitance industrielle
- Prestations extérieures

ESAT Bassin Médoc

ESAT Villambis

3 Allée de Villambis CS 61001 33250 Cissac-Médoc

05.56.73.90.90

Activités proposées :

- Blanchisserie
- Espaces verts
- Production de vin
- Sous traitance industrielle
- Horticulture
- Entretien des locaux

ESAT Audenge

15 Rue du Hapchot 33980 Audenge

05.56.26.94.08

Activités proposées :

- Blanchisserie
- Menuiserie
- Restauration
- Espaces verts
- Sous traitance industrielle
- Entretien des locaux

ESAT Libournais Blayais

ESAT Braud et Saint Louis

1 Bouinot 33820 Braud et Saint Louis

05.57.42.63.50

Activités proposées :

- Blanchisserie
- Espaces verts
- Sous traitance industrielle
- Horticulture
- Entretien des locaux
- Nettoyage véhicule
- Transport
- Prestations viticoles

ESAT Saint Denis de Pile

4 Route de Guîtres 33910 Saint Denis de Pile

05.57.25.60.00

Activités proposées :

- Restauration
- Espaces verts
- Horticulture
- Entretien des locaux
- Sous traitance industrielle

ESAT MONGAUZY

ESAT Mongauzy

17 Château de Guerre Nord 33190 Mongauzy

05.56.61.79.09

Activités proposées :

- Restauration
- Espaces verts
- Horticulture
- Sous traitance industrielle