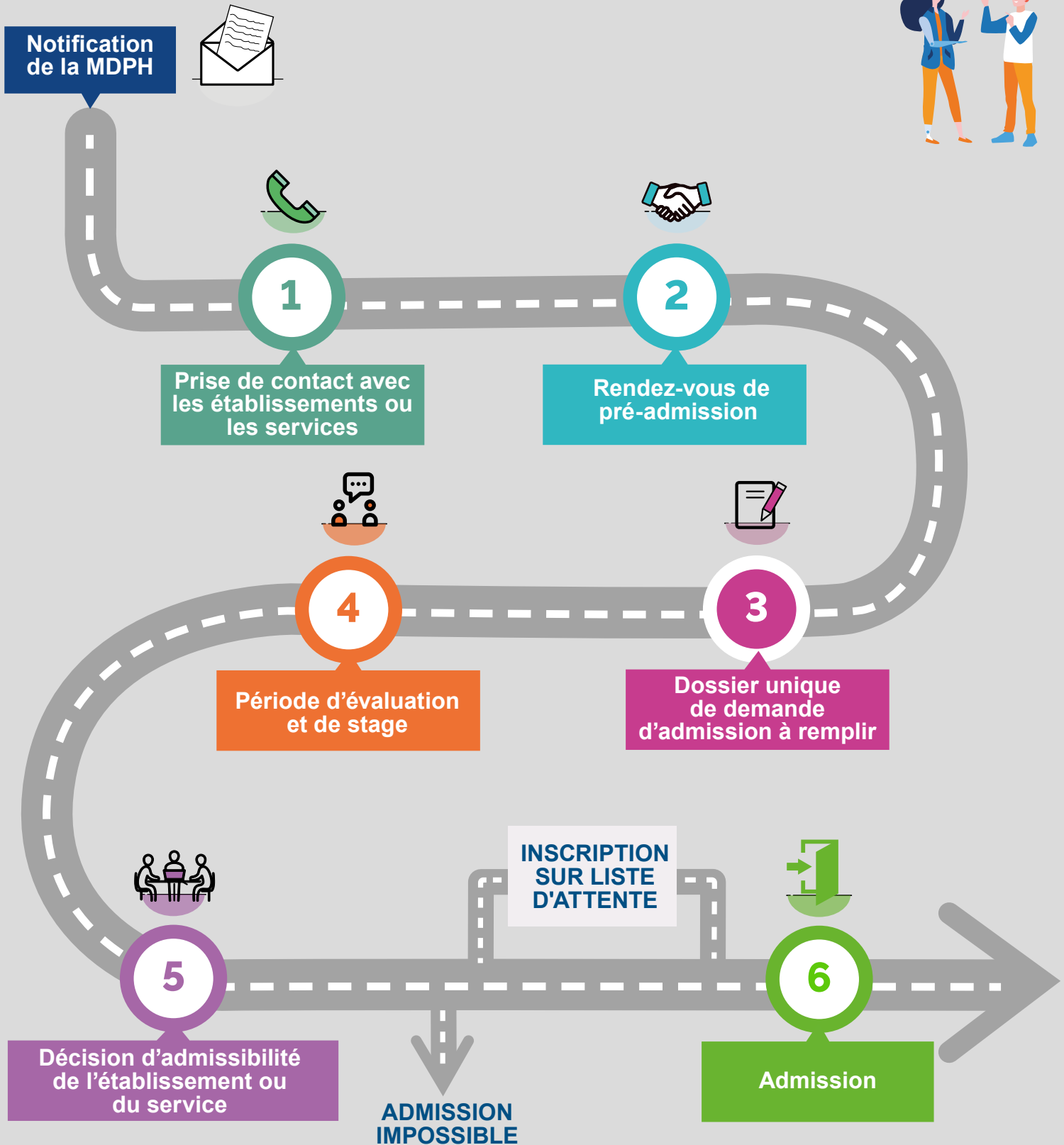


# DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT ET SERVICE POUR **ADULTES** EN SITUATION DE HANDICAP





## Décision de la MDPH

- J'ai reçu un courrier de notification d'orientation de la MDPH avec les coordonnées d'établissements ou de services qui peuvent me correspondre.

### 1 Prise de contact avec les établissements ou les services

- Je contacte les établissements ou les services de mon choix.
- Ils me donnent des informations sur ce qu'ils peuvent me proposer.
- Nous prenons rendez-vous dans un délai d'un mois.

### 2 Rendez-vous de pré-admission

- Je rencontre des professionnels, des personnes accueillies, je visite les lieux, je pose des questions.
- Je peux repartir avec un dossier unique de demande d'admission. Je peux aussi le télécharger sur internet.
- Si je ne suis pas intéressé, je préviens l'établissement ou le service.

### 3 Dossier unique de demande d'admission à remplir

- Je remplis le dossier unique de demande d'admission.
- Je peux demander de l'aide à l'établissement ou au service. Je peux demander de l'aide à un professionnel qui m'accompagne déjà.
- Je le dépose ou je l'envoie par courrier aux établissements ou services de mon choix.

**VOUS ÊTES ICI**

### 4 Période d'évaluation et de stage

- Ma demande est étudiée par les professionnels de l'établissement ou du service.
- Une période de découverte peut m'être proposée.
- Une commission d'admission se prononce sur ma demande.

### 5 Décision d'admissibilité de l'établissement ou du service

- L'établissement ou le service me donne une réponse par courrier ou lors d'un entretien, dans un délai de 3 mois maximum.
- 3 situations sont possibles :
  - Je suis admis immédiatement.
  - Je suis admissible mais il n'y a pas de places disponibles : je suis inscrit sur liste d'attente. J'échange régulièrement avec l'établissement ou le service.
  - L'établissement ou le service ne correspond pas à mes besoins : l'admission est impossible. Je continue mes démarches vers d'autres établissements ou services. D'autres solutions pourront m'être proposées par la MDPH.

### 6 Admission

- Je donne des documents administratifs pour compléter mon dossier.
- Je signe un contrat.
- J'organise mon arrivée avec l'établissement ou le service.

#### Remarques :

**Le parcours d'admission présenté ici ne concerne que les établissements et services du département de la Somme. Concernant les autres départements, je me renseigne sur leur parcours d'admission.**

**Je peux faire cette demande dans plusieurs établissements ou services avec le même dossier unique de demande d'admission**

# 1 / INFORMATIONS GÉNÉRALES

## VOTRE IDENTITÉ

Nom Nom de naissance  
Prénom(s) Né(e) le / /  
Numéro de sécurité sociale : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

## VOS COORDONNÉES

Adresse  
  
Commune Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Vous résidez :  seul  en famille  chez des amis  en centre d'hébergement  
Téléphone Courriel/mail  
Comment préférez-vous être contacté ?  
 Courriel/mail  Appel téléphonique  SMS  Courrier

## VOTRE SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Pacte civil  En couple  Veuf  
Nombre d'enfants Dont nombre d'enfants à charge

## VOS PROTECTIONS JURIDIQUES ET ADMINISTRATIVES ÉVENTUELLES

Si vous bénéficiez d'une mesure de protection (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, contrat jeune majeur, habilitation familiale,...), précisez :

Nom du **représentant légal 1**, personne ou organisme :

Type de protection

Adresse  
  
Commune Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Téléphone Courriel/mail

Nom du **représentant légal 2**, personne ou organisme :

Type de protection

Adresse  
  
Commune Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Téléphone Courriel/mail

Protection en cours de demande

## VOS ORIENTATIONS DE LA CDAPH

Numéro de dossier MDPH : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  MDPH de la Somme

Autre, précisez :

Vous bénéficiez d'une orientation vers un établissement ou un service, pouvez-vous préciser :

La date d'ouverture des droits : / / La date de fin : / /

Si une modalité particulière d'accompagnement est prévue (internat, accueil temporaire, ...), précisez :

Vous bénéficiez d'autres orientations CDAPH, précisez :

Percevez-vous l'AAH ?  Oui  Non

## VOTRE SANTÉ

Quelle est la nature de votre handicap ?

- Auditif  Visuel  Intellectuel  Moteur  Autisme/TND  Psychique  
 Troubles du comportement  Traumatisme crânien  Maladie invalidante  Polyhandicap  
 Troubles Dys  Troubles neurologiques  Précisez, si besoin :

Quels sont les suivis de santé actuellement en cours ?

Prise en charge	Non	Oui	Si oui, à quelle fréquence ?	Nom et coordonnées du praticien
Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Auxiliaire de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Êtes-vous appareillé ?  Oui  Non

- Canne  Déambulateur  Fauteuil roulant manuel  Fauteuil roulant électrique  
 Lit médicalisé  Appareil auditif  Orthèse ou prothèse  
 Autre(s) :

## 2 / AUTONOMIE

Une personne vous aide-t-elle dans votre vie quotidienne ou vos démarches ?  Oui  Non

S'agit-il ?  d'un proche  d'une association  autre, précisez :

Nom et prénom de l'aidant

Adresse

Commune

Code postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Téléphone

Courriel/mail

### DANS LA VIE QUOTIDIENNE, VOUS ÊTES AUTONOME POUR FAIRE SEUL :

	Oui	Oui, aide partielle	Non, aide totale
• Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prendre les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se laver, aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Faire le ménage, laver le linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Régler les dépenses courantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Régler les dépenses administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prendre soin de votre santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous occuper de vos enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres besoins d'aide, précisez :			

### POUR VOUS DÉPLACER, VOUS ÊTES AUTONOME POUR FAIRE SEUL :

	Oui	Oui, aide partielle	Non, aide totale
• Rester debout plus de 15 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous déplacer chez vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utiliser un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utiliser les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Partir en vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres besoins, précisez :			
• Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Avez-vous un moyen de locomotion ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Permis B <input type="checkbox"/> Voiturette	<input type="checkbox"/> 2 roues

### DANS VOTRE VIE SOCIALE, VOUS ÊTES AUTONOME POUR FAIRE SEUL :

	Oui	Oui, aide partielle	Non, aide totale
• Vous exprimer, vous faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avoir des activités sportives et des loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avoir des relations avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Assurer votre sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Participer à la vie quotidienne (aller voter,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous occuper de votre famille	<input type="checkbox"/>		
• Autres besoins d'aide, précisez :			

### 3 / VOTRE PARCOURS

#### VOTRE PARCOURS SCOLAIRE

Votre scolarité s'est déroulée ?

- en milieu ordinaire (école, collège, lycée...)
- en milieu spécialisé (IME, IEM, DITEP... )
- à domicile     en établissement de santé (hôpital... )     autre, précisez :

Vous avez poursuivi votre parcours scolaire jusque :

- École     Collège     Lycée     Supérieur

Votre dernière classe fréquentée :

Votre dernier diplôme obtenu :

#### VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL, Y COMPRIS LES STAGES, LES STRUCTURES D'INSERTION OU EN ESAT

ANNÉES	POSTE / ACTIVITÉS	NOM DE L'ENTREPRISE OU DE LA STRUCTURE	TEMPS PLEIN OU PARTIEL	MOTIF DE FIN

Avez-vous suivi des formations professionnelles ?  Non     Oui, précisez :

#### VOTRE PARCOURS EN ÉTABLISSEMENT ET SERVICE MÉDICO-SOCIAL (IME, FOYER DE VIE,...)

Avez-vous déjà été accueilli dans un établissement ou un service ?  Non     Oui

ANNÉES	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU SERVICE	TEMPS PLEIN OU PARTIEL

## 4 / VOTRE PROJET DE VIE

### LES MOTIVATIONS DE VOTRE DEMANDE D'ADMISSION

• Pour quelles raisons souhaitez-vous aujourd'hui intégrer un établissement ou service ?

• Avez-vous des projets particuliers pour les années à venir ?

### SI VOUS SOUHAITEZ INTÉGRER UN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT OU UN SERVICE D'ACCUEIL DE JOUR

• Quels sont vos centres d'intérêts ? Précisez :

Sport :

Activités manuelles :

Sorties culturelles :

Animaux :

Vie ménagère :

Musique :

Jeux de société :

Activités d'extérieur :

Jeux vidéo :

Autres :

• Appréciez-vous plutôt les activités ? :  en groupe  individuelles  les deux

### SI VOUS SOUHAITEZ ÊTRE ACCOMPAGNÉ PAR UN SERVICE À DOMICILE

• Précisez dans quels domaines vous souhaitez être accompagné ?

Gérer un budget  Faire des démarches administratives  Apprendre à vivre dans son logement

Préparer un repas  Être accompagné aux rendez-vous médicaux  Aide aux courses

Rechercher un logement adapté  Rechercher un emploi, une formation

Rechercher des activités de loisirs  Autres, précisez :

## SI VOUS SOUHAITEZ TRAVAILLER EN ÉTABLISSEMENT OU SERVICE D'AIDE PAR LE TRAVAIL (ESAT)

• Quelles sont les activités qui vous intéressent ?

<input type="checkbox"/>		Espaces verts	<input type="checkbox"/>		Floriculture Horticulture	<input type="checkbox"/>		Couture
<input type="checkbox"/>		Conditionnement	<input type="checkbox"/>		Blanchisserie Repassage	<input type="checkbox"/>		Menuiserie
<input type="checkbox"/>		Assemblage	<input type="checkbox"/>		Bâtiment Rénovation	<input type="checkbox"/>		Tapiserie
<input type="checkbox"/>		Restauration	<input type="checkbox"/>		Nettoyage Entretien	<input type="checkbox"/>		Peinture
<input type="checkbox"/>		Cablage électrique	<input type="checkbox"/>		Imprimerie	<input type="checkbox"/>		Communication
<input type="checkbox"/>		Transport de personne	<input type="checkbox"/>		Fabrication Emballage bois	<input type="checkbox"/>		Conciergerie
<input type="checkbox"/>		Brocante	<input type="checkbox"/>		Livraison	<input type="checkbox"/>		Service administratif Informatique
<input type="checkbox"/>		Centre équestre	<input type="checkbox"/>		Tourisme	<input type="checkbox"/>		Plasturgie Mécanique
<input type="checkbox"/>		Nettoyage de véhicule	<input type="checkbox"/>		Maraîchage	<input type="checkbox"/>		Déchets : collecte, tri, recyclage
<input type="checkbox"/> Autres :								

Êtes-vous intéressé par la découverte d'un métier au travers de stages ?

Non  Oui, précisez :

Avez-vous des restrictons médicales posées par la médecine du travail ?

Non  Oui, précisez :



## 5 / VOS ATTENTES ENVERS L'ÉTABLISSEMENT OU LE SERVICE

• Avez-vous des attentes particulières, en cas d'admission, concernant :

> Les activités éducatives, les séjours adaptés, les loisirs ?

> Votre hébergement, si c'est le cas ?

> Votre accompagnement médical ou paramédical ?

> Vos relations avec les autres personnes accueillies ?

> Vos retours en famille ou vos relations avec vos proches ?

• Quand souhaiteriez-vous intégrer l'établissement ou le service ?

dès que possible  d'ici quelques mois, précisez :

dans 1 an ou plus, précisez :

• À quelle fréquence souhaitez-vous être accueilli dans l'établissement ou le service ?

à temps plein  à temps partiel  en accueil temporaire, précisez :

• Avez-vous des craintes sur l'évolution de votre situation dans le temps ?

Non     Oui, précisez :

• Souhaitez-vous ajouter un dernier commentaire ?

Fait le    /    /    à

Signature du demandeur

Signature du représentant légal et/ou organisme,  
le cas échéant

Avez-vous été aidé pour remplir ce dossier ?     Oui     Non

Si oui, par qui ?

Téléphone

Courriel/mail

*Cadre réservé à l'établissement ou au service*

*Dossier reçu le :*