



Etablissement d'Accueil Médicalisé

Résidence Algira

2 rue Algira

36190 ORSENNES

Tél : 02.54.01.61.01

E-mail : fam@algira.org

Site Web : www.fam-algira.com

EAM Résidence Algira

Centre de réadaptation à la vie sociale
pour personnes victimes de lésions cérébrales
acquises non évolutives

Demande d'admission de :

Nom :

Prénom :

Quel type d'accueil recherchez-vous :

- Un accueil temporaire : séjour de répit, de rupture, d'évaluation
- Un accueil permanent

Date de dépôt du dossier : / /

L'EAM « Résidence Algira » est géré par l'ATCF région Centre
Association des Traumatés Crâniens et Cérébro-Lésés et leurs familles de la région Centre

Rappel des conditions d'admission

- ☞ Etre âgé(e) de 18 ans au minimum ;
- ☞ Avoir une orientation Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) ou Etablissement d'Accueil Médicalisé (EAM) notifiée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) en Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
- ☞ Présenter une/des situations de handicap consécutives à une lésion cérébrale acquise non évolutive ;
- ☞ Relever d'un régime d'assurance maladie ;
- ☞ Avoir contracté une assurance responsabilité civile ;
- ☞ Etre bénéficiaire de l'Aide Sociale à l'Hébergement du département d'origine ou percevoir des ressources suffisantes permettant d'assumer le coût du tarif hébergement fixé par le Conseil Départemental de l'Indre (Cf. annexe 1 : note explicative de l'aide sociale du département à l'hébergement).

Contre-indications à l'admission

- ☞ Etat neurovégétatif, syndrome démentiel ;
- ☞ Pathologies dégénératives ;
- ☞ Pathologies lourdes nécessitant une prise en charge et une surveillance médicale permanente, notamment :
 - Troubles respiratoires graves,
 - Trachéotomie.
- ☞ Troubles graves de la déglutition, alimentation par sonde ;
- ☞ Epilepsie sévère non stabilisée ;
- ☞ Antécédents ou troubles psychiatriques en cours pouvant interférer sur la sécurité des usagers, notamment :
 - Agressivité, comportement violent non contrôlable ;
- ☞ Addiction non sevrée ;
- ☞ Syndrome dépressif sévère avec comportement suicidaire ;
- ☞ Incapacité à s'intégrer à la vie en collectivité.

Renseignement du dossier

Ce document est un dossier de demande d'admission. Il comprend 5 fiches permettant de renseigner la commission d'admission de la résidence Algira sur la situation du demandeur.

De ce fait, il doit être rempli avec beaucoup d'attention :

- ☞ **Par la personne concernée si elle en a la capacité,**
- ☞ **Par un tiers, personnes ressources du demandeur (personne de confiance, membre de la famille, travailleur social, mandataire judiciaire à la protection des majeurs, ...), si la personne concernée n'est pas en mesure d'exprimer pleinement sa volonté et/ou n'a pas la capacité de renseigner le dossier.**

Important :

Veillez à joindre toutes les pièces et documents requis en feuille annexe 1.

Aucune étude de votre demande ne pourra être effective, si les éléments constitutifs du dossier sont incomplets.

PAGE 3 : INSTRUCTION DU DOSSIER

- ✿ Une fois complet, le dossier sera étudié par la commission d'admission.
- ✿ L'avis de la commission d'admission vous sera communiqué par voie postale. Si l'avis est favorable, nous vous proposerons une visite de préadmission.
- ✿ Lors de la visite de préadmission, si vous n'êtes pas en mesure d'exprimer votre consentement libre et éclairé, nous vous conseillons de vous faire assister par vos personnes ressources (personne de confiance, membre de la famille, travailleur social, mandataire judiciaire à la protection des majeurs, ...).
- ✿ Au terme de cette visite, si votre demande est confirmée et qu'elle correspond aux missions de l'établissement, vous serez inscrit sur la liste d'attente (la priorité est cependant conférée aux ressortissants du département de l'Indre et de la région Centre).

DECISION D'ADMISSION

- ✿ Au regard de l'avis de la commission d'admission et suivant votre demande, le Directeur fixera le type d'accueil (temporaire ou permanent) et les modalités d'accueil au sein de la résidence Algira.

COMPOSITION DU DOSSIER

Fiche N° 1	Identité de la personne
Fiche N° 2	Situation administrative et financière
Fiche N° 3	Capacités cognitives et comportementales
Fiche N° 4	Evaluation de l'autonomie dans la vie quotidienne
Fiche N° 5	Données socio-professionnelles et profil socio-culturel
Dossier médical	Dossier médical confidentiel
Annexe 1	Note explicative de l'aide sociale à l'hébergement
Annexe 2	Liste des documents à fournir (au dos de la couverture)

Les données recueillies au sein de ce formulaire font l'objet d'un traitement par l'association ATCF région Centre afin de poursuivre son intérêt légitime à gérer votre admission. Sauf exception, vos données ne sont pas conservées au-delà de cinq ans à compter de la fin de l'accompagnement médico-social mis en œuvre. Les informations vous concernant ne sont transmises qu'aux seules personnes en charge du traitement du présent dossier.

Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, d'un droit de rectification, d'un droit d'effacement, d'un droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour plus d'information sur le traitement de vos données, il peut être mis à votre disposition la charte d'utilisation et de protection des données à caractère personnel de l'ATCF région Centre].

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données (DPO) de l'établissement à l'adresse suivante : dpo.algira@accens.net. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL.

**En cas de difficultés particulières et pour de plus amples informations,
vous pouvez contacter :**

Madame Clotilde LAFOND, Conseillère en Economie Sociale et Familiale



: 02. 54. 01. 61. 05



: cesf.c.lafond@algira.org

Annexe 2
Liste des pièces à joindre

Merci de rassembler les copies des documents suivants, ces pièces constitueront le dossier unique.

Les documents inscrits en bleu doivent être impérativement joints à la demande d'admission.

Les autres devront être fournis à l'établissement en cas d'admission.

➤ Copie des justificatifs vous concernant :

- Carte nationale d'identité ou titre de séjour
- Carte vitale et attestation de l'assurance maladie
- Carte de mutuelle
- Extrait de jugement de la mesure de protection juridique
- Carte d'invalidité
- Formulaire de désignation de la personne de confiance (le cas échéant)
- Formulaire des directives anticipées (le cas échéant)

➤ Copie des justificatifs concernant vos ressources (document à fournir chaque année) :

- Attestation de paiement de la Caisse d'Allocations familiales (AAH, CR, MVA, APL, ALS, etc.)
- Attestation de paiement de l'Assurance Maladie (pension invalidité)
- Dernier avis d'impôt sur le revenu
- Autres ressources (rentes...)

➤ Copie des justificatifs d'assurance :

- Attestation d'assurance de responsabilité civile
- Attestation d'assurance fauteuil électrique, le cas échéant

➤ Copie des notifications de décision de la MDPH et Aide Sociale à l'Hébergement :

- Notification des décisions de la dernière CDAPH
- Attribution de la carte mobilité inclusion – invalidité
- Attribution de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)
- Attribution d'une Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
- Copie de notification de décision d'Aide Sociale à l'Hébergement

➤ Copie des prescriptions médicales :

- Ordonnance du traitement médicamenteux
- Carnet de vaccination
- Prescriptions médicales concernant l'alimentation spécifique (le cas échéant)

➤ Copie des bilans médicaux, paramédicaux (à joindre au dossier médical), socio-éducatifs (le cas échéant)



Important : tout dossier incomplet ne pourra être traité.

1. Qualité de la personne qui remplit le dossier

♦ La personne concernée Oui Non

♦ Un tiers, précisez :

Coordonnées de la personne ayant instruit le dossier :

Nom : **Prénom :**

Adresse : ☎ :

..... E-mail :@.....

Code Postal : Ville

2. Etat civil de la personne concernée

Nom : **Prénom :**

Sexe : Féminin Masculin

Date et lieu de naissance : / / à

Nationalité : ☎ :

Adresse du domicile :

Code Postal : Ville :

3. Situation familiale de la personne concernée

- Célibataire Divorcé(e) ou séparé(e)
 Marié(e) Concubin(e)
 Veuf(ve) Pacsé(e)

♦ **Conjoint (e) :**

Nom : **Prénom :**

♦ **Enfants :**

Nom(s), Prénom(s)	Année de naissance

4. Personnes à contacter

➤ **Nom** : **Prénom** :

☎ :

Adresse :
.....

Code Postal : Ville :

E-mail :@.....

Lien de parenté /rôle auprès de la personne concernée :

➤ **Nom** : **Prénom** :

☎ :

Adresse :

Code Postal : Ville :

E-mail :@.....

Lien de parenté/ rôle auprès de la personne concernée :

5. La personne concernée a-t-elle désignée une personne de confiance :

Oui Non

Si Oui :

Date de désignation : / / (validité 3 ans)

♦ **Nom** : **Prénom** :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Lien de parenté avec le demandeur (le cas échéant) :

☎ :

E-mail :@.....

Nom : Prénom :

◆ **Orientation MDPH / CDAPH :**

➤ **Le demandeur fait-il l'objet d'une orientation MDPH / CDAPH ?** Oui Non

Si Oui, de quel département relève-t-il ?

N° de dossier : Date de la dernière décision : / /

La décision prévoit-elle un placement en F.A.M. (Foyer d'Accueil Médicalisé) : Oui Non

Si non, quelle est la décision :

(Important : la décision CDAPH est indispensable pour l'accueil à la Résidence ALGIRA ; si elle n'y figure pas ; demandez une modification de la décision à votre MDPH incluant cette mention, sans spécifier un FAM particulier).

◆ **Aide sociale :**

➤ **Une demande a-t-elle été déposée :** Oui Non

Auprès de quel Conseil Départemental :

Dans le cas où la demande d'Aide Sociale n'a pas été instruite, merci de prendre connaissance du document en annexe 2 qui vous présentera l'Aide Sociale à l'hébergement.

◆ **Allocation de Logement Sociale**

Dans les perspectives d'un accueil permanent, une demande sera effectuée auprès de la CAF de l'Indre pour vous soutenir le financement du prix de séjour. L'allocation de Logement Sociale, calculée sur la base de vos revenus, sera reversée directement à la résidence.

◆ **Mesures de protection juridique**

➤ **La personne concernée fait-elle l'objet d'une mesure de protection juridique ?**

Oui , s'agit-il d'une : Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée
 Mesure de sauvegarde de justice

Date de la décision : / /

Non, des démarches sont-elles en cours ?

Si oui, auprès de quel tribunal :

◆ **Par qui la mesure est-elle exercée ?**

Un proche Un mandataire judiciaire à la protection des majeurs

Association tutélaire :

Nom :Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

☎ :

E-mail :@.....

◆ **Organismes de prise en charge de la personne**

➤ **De quelle Caisse d'Assurance Maladie relève-t-elle ?** :

N° identification :

Adresse :

CP : Ville : ☎ :

➤ **Affection Longue Durée (A.L.D.)** : Oui Non

➤ **Adhère-t-elle à une Mutuelle ?** : Oui Non

Si oui, Nom de la mutuelle :

N° de Sociétaire :

Adresse :

CP Ville : ☎ :

➤ **Bénéficie-t-elle d'une Assurance Complémentaire ?** Oui Non

Si oui Nom de la compagnie :

N° de Sociétaire :

Adresse :

CP Ville : ☎ :

➤ **Bénéficie-t-elle d'une prise en charge financière par une indemnisation (l'assurance d'un tiers responsable de l'accident, la CIVI ...)** ?

Oui En cours Non

◆ **Ressources Financières**

La personne concernée bénéficie-t-elle de ressources financières ? Oui Non

Pension Invalidité catégorie 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allocation Tierce Personne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rente Accident du Travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allocation Adulte Handicapé (AAH)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom : Prénom :

1. Nature et date de la lésion cérébrale acquise : / /

Traumatisme crânien, précisez (AVP, agression, accident domestique, de sport, ...) :

accident vasculaire cérébral autres, précisez :

2. Capacités cognitives : *si vous cochez une case, précisez le type et niveau de sévérité*

La personne a des difficultés à s'exprimer et à comprendre oralement :

.....

La personne a des difficultés à s'exprimer et à comprendre à l'écrit :

.....

La personne utilise des moyens alternatifs de communication :

.....

La personne a des difficultés de mémoire :

.....

.....

La personne est fatigable :

.....

3. Comportement / humeur

La personne peut présenter de l'agressivité : verbale ou physique, envers elle-même ou les autres, dans
quelles situations ?

.....

.....

La personne peut présenter des comportements désinhibés :

.....

.....

La personne a besoin d'être stimulée :

.....

.....

La personne est facilement anxieuse ou déprimée :

.....

.....

La personne peut présenter des idées délirantes :

.....

.....

Nom : Prénom :

L'Autonomie dans la vie quotidienne de la personne

➤ **Equilibres et déplacements**

◆ Rester debout immobile : avec aide sans aide

◆ Monter / descendre 4 ou 5 marches :

- Avec le même pied d'appui avec aide sans aide
- En enchaînant un pied après l'autre avec aide sans aide

◆ Se déplacer avec :	à l'intérieur	à l'extérieur	Remarques
Une canne tripode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Est valide, se déplace seule

◆ Capacité à sortir seule à l'extérieur Oui Non

◆ Prendre les transports en commun Oui Non

◆ Effectuer des transferts (dans le cas où la personne est en fauteuil roulant) :

	Oui	Non	Précisez l'aide humaine/l'aide technique
• Du lit au fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Du fauteuil au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Du fauteuil aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Des toilettes au fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Du fauteuil roulant manuel au fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Du fauteuil roulant électrique au fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Capacité à se lever seule :

- d'une chaise
- du sol
- de son lit

➤ **Sur les temps de repas**

La personne	seule	surveillance	aide totale	Remarques
◆ Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Coupe sa viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Se sert de l'eau avec un pichet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Porte le verre à sa bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Utilise-t-elle des aides techniques pour s'alimenter ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

Si Oui, lesquelles ?

◆ Présente-t-elle un risque de fausse route ? Oui Non

◆ A-t-elle un régime particulier ? Oui Non

Si Oui, lequel ?

◆ Bénéficie-t-elle d'un mode d'alimentation particulier ? Oui Non

Si oui, lequel ? (Mixé, haché, boisson épaissie)

➤ **Sur les temps d'hygiène**

La personne effectue ces gestes / actions :

	Seule	Stimulation	Surveillance	Aide totale	Remarques et aides techniques
◆ Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ La toilette du haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ La toilette du bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Se doucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ S'habiller le haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ S'habiller le bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Déshabiller le haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Déshabiller le bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Lacer ses chaussures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Se raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Se maquiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temps de prise en charge : Matin : Soir :

➤ **Concernant l'élimination**

◆ La personne est-elle continente ?
 Urinaire diurne nocturne
 fécale diurne nocturne

◆ Utilise-t-elle les toilettes seule ? Oui Non Avec surveillance

◆ Dispose-t-elle de protections ? Oui Non Aide technique :

➤ **Concernant le port de prothèse**

La personne porte-t-elle :	Oui	Non	Remarques (gestion et entretien)
• Des lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Des prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Des prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si autres : précisez :			

➤ **Concernant le matériel spécifique**

La personne utilise-t-elle ?	Oui	Non	Remarques
• un lève personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• un siège douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si autres : précisez.....			

➤ **Concernant la gestion courante**

	Oui	Non	Avec aide
♦ Si elle fume, est-elle en capacité de gérer seule ses cigarettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Gère-t-elle seule son argent personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Est-elle en capacité de faire seule des achats ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **De quelle prise en soins paramédicale bénéficie la personne**

	Oui	Non	Fréquences	Objectifs
♦ Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **De quelle prise en soins par un autre professionnel de santé bénéficie la personne :**

	Oui	Non	Fréquences	Objectifs
♦ Neuropsychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Autres, précisez :				

➤ **De quel suivi médical bénéficie-t-elle ?**

	Oui	Non	Fréquences	Objectifs
♦ Médecin psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :				

Nom : Prénom :

Données socio-professionnelles

➤ Avant la lésion cérébrale

- ◆ **Type d'hébergement** : Logement personnel ou familial Structure sociale ou médico-sociale

Nom de la structure :

◆ **Statut du demandeur** :

Pas encore scolarisé(e) Scolarisé en Etudiant(e) en

En formation professionnelle Type
(Ex : apprenti électricien, BP Informatique, ...)

Demandeur d'emploi Inaptitude à l'emploi (ex : notifié par MDPH, Médecine du travail, etc...)

Retraité(e) de – 60 ans

Salarié(e) ou Retraité(e) du : Public Privé

Type d'emploi (ex : secrétaire, chauffeur, ...) :

Secteur d'activité (ex : transport, distribution, bâtiment, ...) :

➤ Parcours depuis la sortie d'hospitalisation

- ◆ **Quel a été votre parcours à l'issue de votre période d'hospitalisation ? (Plusieurs cases peuvent être cochées)**

Retour à votre domicile Retour au domicile d'un proche

Avec le soutien d'un Aidant Familial

Avec l'intervention d'un SAVS

Avec l'intervention d'un SAMSAH

Accompagné(e) par une équipe mobile

Avec l'intervention d'Aides à domicile

Avec un accueil à l'hôpital de jour

Avec l'intervention d'un SSIAD

Avec une participation au GEM (groupe d'entraide mutuelle)

En centre d'activités de jour (CAJ)

Accueil en UEROS

Expérience professionnelle en ESAT/ Entreprise Adaptée

Au domicile d'un proche avec prise en charge adaptée (CAJ, SAVS, SAMSAH Intervention SSIAD, auxiliaire de vie, équipe mobile, hôpital de jour...)

Précisez :

Depuis le : / /

En établissement de santé : Centre Hospitalier/ Hôpital Psychiatrique/ Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle

Depuis le : / /

En établissement médico-social : FAM, EAM, FH, IME, ...

Depuis le : / /

Autres (EHPAD, Famille d'Accueil, ...)

Depuis le : / /

Nom :

Service :


Adresse :

CP : Ville :

Nom et prénom du Référent :

Rôle auprès de la personne concernée :

E-mail :@.....



➤ **Situation socio-professionnelle actuelle**

Sous contrat de travail CDD CDI Emploi occupé :

Arrêt Maladie longue durée Licencié / en cours de licenciement

Accident du Travail Inaptitude au travail

Données socio-culturelles de la personne

➤ Quelles sont les activités antérieures à l'accident pratiquées par la personne ?

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

➤ Aujourd'hui comment gère-t-elle son temps libre :

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

➤ Quelles activités sont susceptibles de l'intéresser ?

Manuelles, lesquelles :

Sportives, lesquelles :

Culturelles, lesquelles :

Autres :

.....
.....

➤ **Projet**

◆ La personne, exprime-t-elle des projets pour son avenir ? Oui Non

Si Oui, lesquels :

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

◆ Quelles sont les motivations pour la personne à intégrer un centre de réinsertion sociale ?

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



Etablissement d'Accueil Médicalisé

Résidence Algira

2 rue Algira

36190 ORSENNES

Tél : 02.54.01.61.01

E-mail : fam@algira.org

Site Web : www.fam-algira.com

EAM Résidence Algira

Centre de réinsertion sociale
pour personnes présentant une lésion cérébrale acquise non évolutive

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

(à remplir par le Médecin)

Nom :

Prénoms :

Date et lieu de naissance : / /

à Département :

Adresse actuelle du demandeur :

.....

CP : Ville :

Date : / /

➤ **Parcours de soins**

◆ **Hospitalisation initiale**

Date d'entrée : / / Date de sortie : / /

Nom de l'Hôpital :

◆ **Autres séjours sanitaires hors MPR**

Date d'entrée : / / Date de sortie : / /

Nom de l'Hôpital :

◆ **Séjours en rééducation**

Date d'entrée : / / Date de sortie : / /

Nom de l'Hôpital :

◆ **Séjours en service psychiatrique**

Date d'entrée : / / Date de sortie : / /

Nom de l'Hôpital :

➤ **Comptes rendus d'examen clinique**

◆ **Troubles neurologiques (descriptif clinique détaillé)**

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

◆ **Autres pathologies**

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

➤ **Existence de :**

◆ **Troubles sphinctériens :**

- Incontinence anale *permanente* *ponctuelle*
- Incontinence vésicale *permanente* *ponctuelle*

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

◆ **Troubles des fonctions supérieures (descriptif) :**

- Orientation temporo-spatiale :
- Mémoire :
- Compréhension :
- Langage :
- Elocution :
- Aphasie :

◆ **Troubles comportementaux :**

- Irritabilité Oui Non
- Agressivité Oui Non

◆ **Troubles de l'humeur :**

- Dépression Oui Non
- Anxiété Oui Non

➤ **Traitements en cours (joindre l'ordonnance) :**

➤ **Vaccinations :**

◆ **DTP** Date du dernier rappel : / /

➤ **Etat actuel du demandeur :**

◆ Taille : cm

◆ Poids : kg

➤ **Régime :**

◆ Nature :

.....

◆ Alimentation Normale Mixée

.....

➤ **La personne a-t 'elle rédigée les directives anticipées ?**

Oui Non

➤ **La personne a-t 'elle désignée une personne de confiance ?**

Oui Non

➤ **Coordonnées du Médecin ayant instruit le dossier :**

Nom : **Prénom :**

Adresse :

.....

Code Postal : **Ville**

☎ :

E-mail :@.....

Annexe 2

Liste des pièces à joindre

Merci de rassembler les copies des documents suivants, ces pièces constitueront le dossier unique.

Les documents inscrits en orange doivent être impérativement joints à la demande d'admission.

Les autres devront être fournis à l'établissement en cas d'admission.

➤ Copie des justificatifs vous concernant :

- Carte nationale d'identité ou titre de séjour
- Carte vitale et attestation de l'assurance maladie
- Carte de mutuelle
- Extrait de jugement de la mesure de protection juridique
- Carte d'invalidité
- Formulaire de désignation de la personne de confiance (le cas échéant)
- Formulaire des directives anticipées (le cas échéant)

➤ Copie des justificatifs concernant vos ressources (document à fournir chaque année) :

- Attestation de paiement de la Caisse d'Allocations familiales (AAH, CR, MVA, APL, ALS, etc..)
- Attestation de paiement de l'Assurance Maladie (pension invalidité)
- Dernier avis d'impôt sur le revenu
- Autres ressources (rentes...)

➤ Copie des justificatifs d'assurance :

- Attestation d'assurance de responsabilité civile
- Attestation d'assurance fauteuil électrique, le cas échéant

➤ Copie des notifications de décision de la MDPH et aide sociale :

Notification des décisions de la dernière CDAPH

- Attribution de la carte mobilité inclusion – invalidité
- Attribution de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)
- Attribution d'une Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
- Copie de notification de décision d'Aide Sociale

➤ Copie des prescriptions médicales :

- Ordonnance du traitement médicamenteux
- Carnet de vaccination
- Prescriptions médicales concernant l'alimentation spécifique (le cas échéant)

➤ Copie des bilans médicaux, paramédicaux (à joindre au dossier médical), socio-éducatifs (le cas échéant)

Annexe 1

Note explicative de l'Aide Sociale à l'Hébergement (A.S.H.) en établissement pour personnes handicapées

L'aide sociale à l'hébergement est une aide subsidiaire du département considérée comme une avance de la collectivité.

L'aide sociale à l'hébergement pour les personnes handicapées est accordée dans certaines conditions, notamment de ressources, qui peuvent varier en fonction des types de structures, des modes d'accueil et des politiques des départements.

Pour en bénéficier, il faut :

- Résider de manière stable et régulière sur le territoire français ;
- Disposer de ressources insuffisantes pour faire face à ses frais d'hébergement et d'entretien en établissement ;
- Disposer d'une orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en cours de validité pour l'établissement concerné. Pour les accueils temporaires, la mention doit être notifiée sur la décision.

C'est le département du domicile de secours (département dans lequel la personne a habité les 3 derniers mois précédant l'entrée en établissement) qui prend en charge la partie du coût de l'hébergement en foyer que la personne handicapée ne peut assumer avec ses seules ressources personnelles.

Les frais d'hébergement et d'entretien en établissement sont, à titre principal, à la charge de la personne accueillie, cependant, cette contribution est plafonnée (au maximum 90% de ses revenus) et ses ressources ne peuvent pas être inférieures à 30 % du montant mensuel de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) conformément à l'article D344-35 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Remarque : L'obligation alimentaire ne s'applique qu'au conjoint marié, elle ne s'applique pas aux ascendants et descendants.

Démarches à mener : la demande d'A.S.H. doit être effectuée auprès du Centre Communal ou intercommunal d'Action Sociale (CCAS), ou à défaut à la mairie du lieu de résidence du demandeur (futur bénéficiaire), dès lors qu'une proposition d'accueil temporaire ou permanente vous a été faite.

Pour compléter ce dossier, un accompagnement peut vous être proposé.

L'instruction et la décision relèvent des compétences du Conseil Départemental, cette dernière vous sera motivée et notifiée.

S'agissant d'une avance, elle peut donc être remboursée (partiellement ou non) lorsque la situation du bénéficiaire le permet (meilleure fortune) ou a changé (à son décès). Plusieurs modes de récupération sur succession peuvent s'opérer, ces procédures de récupération s'appliquent variablement selon le Conseil Départemental dont relève la personne bénéficiaire de l'A.S.H. Il convient de vous renseigner auprès du service compétent du département.