



AFTC Alsace
FRANCE Cérébrolésion

DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION

POUR LA PLATEFORME DE SERVICES



AFTC Alsace
FRANCE Cérébrolésion

1



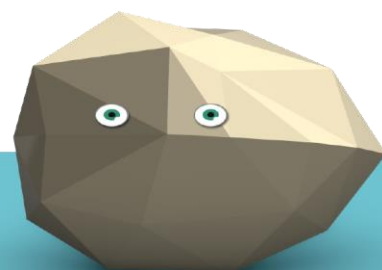
10d Avenue Achille Baumann,
67400 Illkirch-Graffenstaden



info@aftcam.org



www.aftcam.org





DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ESMS – AFTC ALSACE

Le dossier unique de demande d'admission en établissement et service pour personne en situation de handicap vise à simplifier le processus d'admission.

Dorénavant, il vous sera demandé une information unique quel que soit l'établissement ou le service que vous sollicitez.

Le dossier est à remplir une seule fois et à envoyer par mail aux adresses mails de l'établissement et/ou le service sollicité :

- Pour l'Accueil de Jour : accueildejour@aftcam.org
- Pour le SAMSAH : samsah@aftcam.org
- Pour l'HAL : info@aftcam.org

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier d'admission ne vaut pas admission.

L'établissement ou service sollicité s'engage à vous apporter une réponse dans les 6 mois suivant le dépôt de candidature.

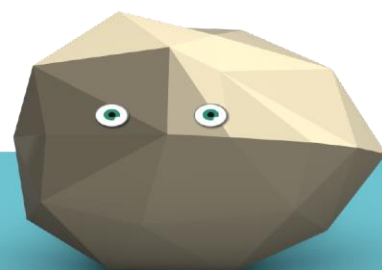
Le dossier se centre sur et pour la personne en situation de handicap. Ce dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de dossier pas suffisamment complet, nous nous permettrons de vous renvoyer le dossier en précisant les éléments manquants pour analyse en commission.

2

Sommaire

1. Volet Administratif
2. Volet Parcours Personnel
3. Volet Autonomie

Les trois volets : administratif, parcours personnel et autonomie, sont renseignés par le demandeur ou toute personne habilitée à le faire (famille, tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux, etc...).





▪ **Glossaire**

MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
ESMS	Etablissements et Services Médico Sociaux
HAI	Habitat Accompagné Inclusif

Listes des établissements médicosociaux

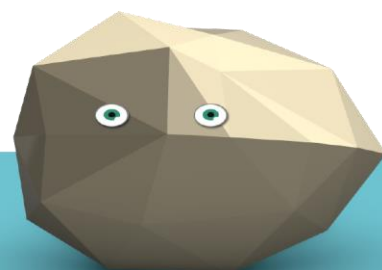
Centre d'accueil médicosocial précoce (**CAMSP**), Centre médico psycho pédagogique (**CMPP**), Institut médico éducatif (**IME**), Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (**ITEP**), Institut d'éducation motrice (**IEM**), Etablissement pour enfants ou adolescent polyhandicapée (**EEAP**), Institut pour déficient auditif (**IDA**), Institut pour déficients visuels (**IDV**), Bureau d'aide psychologique universitaire (**BAPU**), Maison d'accueil spécialisée (**MAS**), Foyer d'accueil médicalisé (**FAM**), Foyer d'accueil spécialisé (**FAS**), Foyer d'hébergement pour travailleur handicapé (**FHTH**), Etablissement et service d'aide par le travail (**ESAT**), Centre de pré orientation (**CPO**), centre de rééducation professionnel (**CRP**)

Listes des services médicosociaux

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (**SESSAD**), Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (**SAMSAH**), Service d'accompagnement à la vie sociale (**SAVS**), Service de soins infirmiers à domicile (**SSIAD**), Service polyvalent aide et soins à domicile (**SPASAD**), Service d'aide à domicile (**SAAD**)

Listes des établissements sanitaires

Hôpital, Hôpital de jour, Hospitalisation à domicile (**HAD**), Centre médico pédagogique (CMP), UGECAM





VOLET ADMINISTRATIF

1. Identification (informations concernant le demandeur, bénéficiaire d'une orientation MDPH)

▪ Etat civil

Civilité (cocher la case correspondante)

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom de naissance _____

Nom d'usage (si différent) _____

Prénom _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____

Lieu de naissance

Code postal _____

Commune _____

Pays _____

▪ Situation familiale

Situation de famille

(cocher la case correspondante)

☐ Célibataire

☐ Marié.e

☐ Pacsé.e

☐ Vie maritale

☐ Séparé.e

☐ Divorcé.e

☐ Veuf.ve

4

Nombre d'enfant(s) _____

Dont nombre d'enfant(s) à charge _____

Nombre de frère(s) et sœur(s) _____

Nombre de personne(s) en situation de handicap _____

▪ Renseignements administratifs et décision de la MDPH

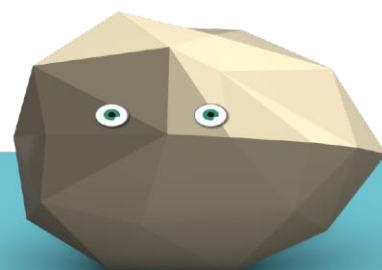
N° de sécurité sociale

N° de dossier MDPH

Orientations de la MDPH (préciser les établissement(s) ou service(s) et **joindre une copie de la notification**)

Date d'effet de la décision

Date de fin de décision





2. Lieu de résidence

▪ Vous résidez actuellement (cocher la ou les cases correspondantes)

☐ Domicile personnel

☐ Domicile familial

☐ Mère ☐ Père ☐ Les deux ☐ Autre

☐ Structure médicosociale

Depuis le

Personne contact

☐ Structure sanitaire

Depuis le

Personne contact

☐ Autre, préciser (ex : hôtel, famille d'accueil) _____

▪ Adresse du lieu de résidence

Adresse _____

Complément d'adresse _____

Commune / code postal _____

Département _____

N° de téléphone _____

E-Mail _____

5

3. Mesure de protection

▪ Mesure de protection juridique des majeurs

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? ☐ Oui ☐ Non

(cocher la case correspondante)

☐ En cours

Si oui, ou demande en cours, s'agit-il d'une

(cocher la case correspondante)

☐ Tutelle

☐ Curatelle simple

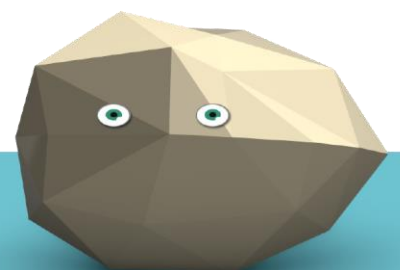
☐ Curatelle renforcée

☐ Sauvegarde de justice

Coordonnées de la mesure si déjà en place

Prénom et nom _____

Adresse mail et téléphone _____





4. Personnes à contacter

Liens (<i>parents, tuteurs, etc.</i>)	_____	Liens (<i>parents, tuteurs, etc.</i>)	_____
Prénom	_____	Prénom	_____
Nom	_____	Nom	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
	_____		_____
Code postal	_____	Code postal	_____
Commune	_____	Commune	_____
Département	_____	Département	_____
N° de téléphone	_____	N° de téléphone	_____
E-mail	_____	E-mail	_____

6

Personne de confiance, si vous en avez une

Prénom	_____
Nom	_____
Adresse	_____
Code postal	_____
Commune	_____
Département	_____
N° de téléphone	_____
E-mail	_____



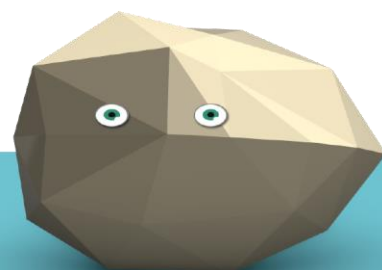
10d Avenue Achille Baumann,
67400 Illkirch-Graffenstaden



info@aftcam.org



www.aftcam.org





5. Situation actuelle

Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les cases correspondantes

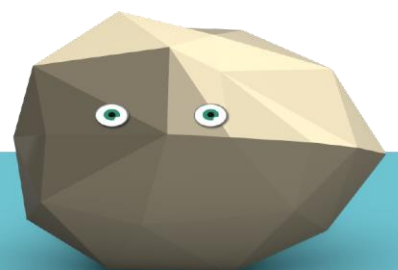
▪ Accompagnement	▪ Formation / Emploi
☐ Accueilli.e en famille d'accueil	☐ En formation professionnelle
☐ Accompagné.e par un service médicosocial	☐ Exerce une activité professionnelle
☐ Accompagné.e par un établissement médicosocial	☐ En recherche d'activité professionnelle
☐ Hospitalisé.e en établissement sanitaire	☐ Sans activité professionnelle
☐ Sans accueil ni accompagnement	☐ Retraité.e
☐ Accompagné.e par des professionnel.le.s libéraux	☐ Autre, préciser _____
☐ Autre, préciser _____	_____
_____	_____
_____	Adresse du lieu de travail et / ou de formation
_____	_____

▪ **Médecins qui vous suivent habituellement**

Médecin traitant

Prénom	_____
Nom	_____
Adresse	_____

Code postal	_____
Commune	_____
Département	_____
N° de téléphone	_____
E-mail	_____





Médecins spécialistes

(ex : neurologue, psychiatre, endocrinologue, gynécologue, urologue, etc.)

Prénom et nom	_____
Spécialité	_____
Adresse	_____

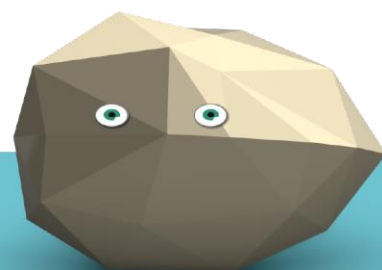
Code postal	_____
Commune	_____
Département	_____
N° de téléphone	_____
E-mail	_____

Prénom et nom	_____
Spécialité	_____
Adresse	_____

Code postal	_____
Commune	_____
Département	_____
N° de téléphone	_____
E-mail	_____

Prénom et nom	_____
Spécialité	_____
Adresse	_____

Code postal	_____
Commune	_____
Département	_____
N° de téléphone	_____
E-mail	_____

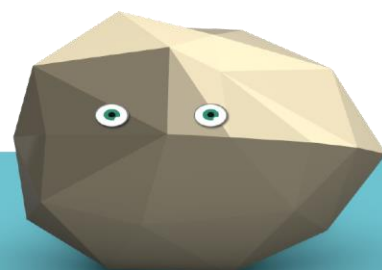




Prénom et nom	_____
Spécialité	_____
Adresse	_____

Code postal	_____
Commune	_____
Département	_____
N° de téléphone	_____
E-mail	_____

Commentaires





Volet Parcours Personnel

6. Structures fréquentées actuellement

▪ Etablissements et / ou services

Dans le cadre où il y a un suivi et/ou accueil par plusieurs établissements et/ou services, merci de les préciser

Nom de l'établissement / service médicosocial ou sanitaire fréquenté actuellement (**n°1**)

Type d'ESMS

Adresse

Code postal

Commune

Département

N° téléphone

E-mail

Date d'entrée

Personne contact dans l'ESMS

Nom de l'établissement / service médicosocial ou sanitaire fréquenté actuellement (**n°2**)

Type d'ESMS

Adresse

Code postal

Commune

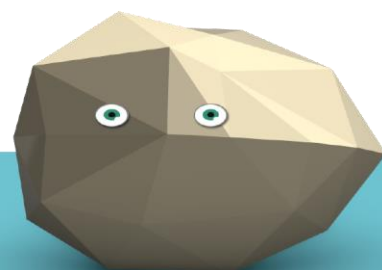
Département

N° téléphone

E-mail

Date d'entrée

Personne contact dans l'ESMS





Nom de l'établissement / service médicosocial ou sanitaire fréquenté actuellement (**n°3**)

Type d'ESMS

Adresse

Code postal

Commune

Département

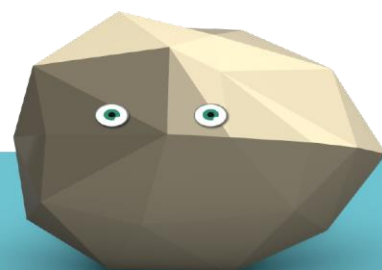
N° téléphone

E-mail

Date d'entrée

Personne contact dans l'ESMS

Commentaires





7. Parcours de vie

Pour chaque période du parcours de vie, décrivez les étapes clés et les réponses mises en œuvre

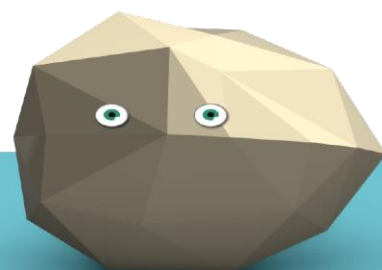
▪ Scolarité, durée, dates, niveau, diplômes

▪ Emploi(s) précédent(s), durée, dates, employeurs, postes occupés

▪ Hospitalisation(s) ou accueil(s) en structure(s) antérieure(s)

(préciser ici, l'origine du traumatisme crânien, avc, autre ...)

Personne contact dans la ou les structures concernée

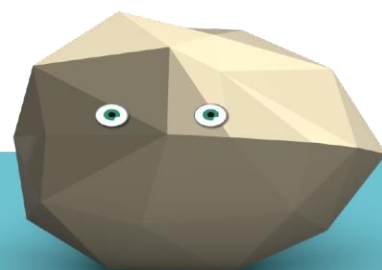




Projet de vie et attentes

- Décrivez votre projet de vie ou celui de votre proche

- Décrivez vos attentes ou celles de votre proche concernant l'établissement et/ou service sollicité





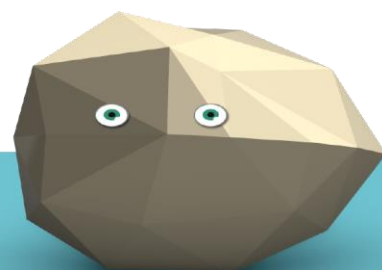
Volet autonomie

8. Autonomie

Soins personnels	Seule	Aide partielle	Aide totale
Hygiène du corps			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination, aller au WC			
Prendre ses repas (boire, manger)			
Gérer son repos quotidien			

Mobilité	Seule	Aide partielle	Aide totale
Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil, etc.)			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser des escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

Exigence générale et relation avec autrui	Pas de difficultés	Difficultés moyennes	Ne fait pas
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension des consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie / société			
Relations avec autrui			

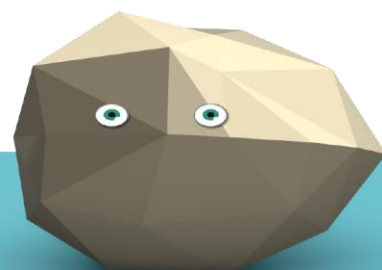




Vie domestique et courante	Oui	Non	Avec Aide
Gérer son traitement (<i>médicament, ou autre</i>)			
Faire ses courses			
Préparer un repas			
Entretien du linge, vêtements			
Faire son ménage			
Gérer son budget			
Gérer son planning			
Participer à des activités (<i>sportives, culturelles, sorties, etc.</i>)			

Fonctions sensorielles	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Ouïe			
Vue			

Prise en charge	Oui	Non	Fréquence		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Consultations médicales					
Hospitalisation programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapie					
Orthophonie					
Ergothérapie					
Pédicure					
Autre :					





▪ **Aides techniques**

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Canne | ☐ Déambulateur | ☐ Fauteuil roulant manuel | ☐ Prothèse ou orthèse |
| ☐ Lit médicalisé | ☐ Rollator | ☐ Fauteuil roulant électrique | ☐ Appareil auditif |

Autre, préciser _____

Observations

16

La personne concernée par le dossier a-t-elle participé au remplissage du dossier ☐ OUI ☐ NON

Si non, la personne concernée a-t-elle été informée de ce dépôt de candidature ☐ OUI ☐ NON

Date de la demande

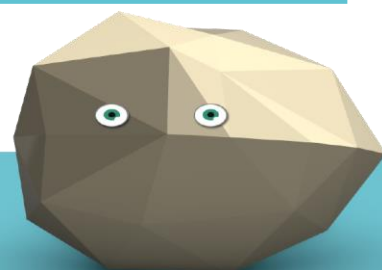
Signature de la personne concernée et/ou de son représentant légal

En signant ce document vous autorisez nos services à prendre contact avec les personnes dont vous avez renseignés les coordonnées (médecins, structures, proches, etc.)

Prénom _____ Prénom _____

Nom _____ Nom _____

Signature _____ Signature _____





DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ESMS – AFTC ALSACE

▪ Liste des pièces à joindre au dossier

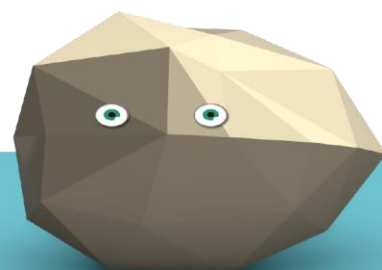
- ☐ Copie de la pièce d'identité
- ☐ Carte mobilité inclusion, s'il y en a une
- ☐ Copie de la notification MDPH pour l'établissement et/ou service sollicité
- ☐ Copie de l'attestation de sécurité sociale
- ☐ Copie du jugement de mise sous mesure de protection, s'il y a
- ☐ Eventuellement, copie du certificat médical joint avec le CERFA MDPH

▪ Confidentialité des informations relatives à la demande

Les données transmises dans le présent dossier sont protégées par le principe de confidentialité. Elles seront lues par les responsables de l'établissement et/ou du service et présentées uniquement dans le cadre de la commission d'admission.

Tous les professionnel.le.s faisant parti.e.s de cette commission sont tenu.e.s par le secret professionnel.

En cas de décision « non admissible » le présent dossier sera supprimé au bout d'une année.





DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION PLATEFORME

AFTC ALSACE

▪ **Accusé de réception**

Cet accusé de réception est à remplir par l'établissement et/ou service sollicité. La copie signée par le responsable de l'établissement et/ou service sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission et/ou son représentant légal comme preuve de dépôt.

Dossier réceptionné le _____

Prénom et nom du candidat _____

ESMS sollicité _____

Nom du chef de service _____

Adresse de la structure _____

Code postal _____

Commune _____

N° téléphone _____

E-mail _____

☐ Dossier complet

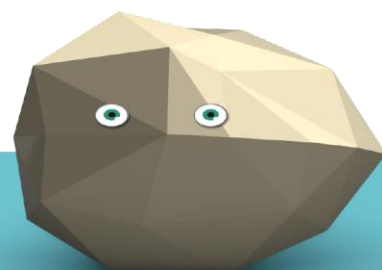
☐ Dossier incomplet

Pièce(s) manquante(s)

Fait, le

A,

Signature et tampon





DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION PLATEFORME

AFTC ALSACE

▪ **Réponse à la demande d'admission** *(Non concerné pour une candidature HAI)*

La réponse à la demande d'admission est à remplir par l'établissement et/ou service qui est sollicité dans un délai maximum de 6 mois à compter de la réception de la demande. La copie signée par le responsable de l'établissement et/ou service sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission et/ou à son représentant légal

Dossier réceptionné le _____

Prénom et nom du candidat _____

ESMS sollicité _____

Nom du chef de service _____

Adresse de la structure _____

Code postal _____

Commune _____

N° téléphone _____

E-mail _____

▪ **Décision**

- ☐ Admis
- ☐ Admissible, sur liste d'attente
- ☐ Non admissible

Raison de la décision « non admissible »

Fait, le
A,
Signature et tampon

