



PHOTO D'IDENTITE
Obligatoire

C
O
N
F
I
D
E
N
T
I
E
L

ALAGH

1661 Avenue Raymond Pinchard
54000 NANCY

Tél. : 03.83.93.49.99 - Fax. : 03.83.93.49.98

E-mail : contact@alagh.org

Site : <http://www.alagh.fr>

RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS CONCERNANT : _____

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

<p>FOYER MEDICALISE ACCUEIL DE JOUR</p> <p>1661, Avenue Raymond Pinchard 54000 NANCY</p>	<p>MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE (Accueil Permanent et Temporaire limité à 90 jours / an)</p> <p>1661, Avenue Raymond Pinchard 54000 NANCY</p>
--	---

I - Renseignements Administratifs

II - Renseignements Sociaux

Pages

2 - 3 - 4 - 5 - 6

7 - 8 - 9 - 10

I - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS



IDENTITE

- NOM D'USAGE _____ - NOM DE FAMILLE _____

- PRENOM (S) _____

- DOMICILE _____

_____. TELEPHONE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Date de Naissance |_|_|_|_|_|_|_|_| - Lieu de Naissance _____

- Département |_|_| - Pays _____

- Nationalité _____ - Sexe : - Féminin - Masculin

SITUATION DE FAMILLE

- Célibataire - Marié (e) - PaCS ou concubinage
- Divorcé (e) - Veuf (ve) - Autre _____

- CONJOINT . Nom _____ . Prénom _____
. Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|
. Profession _____

- Nombre d'enfants |_|_| - Nombre d'enfants à charge |_|_|
. Nom _____ . Prénom _____ . Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|
. Nom _____ . Prénom _____ . Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|
. Nom _____ . Prénom _____ . Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|

- PARENTS . Nom du Père _____ . Nom de Mère _____
. Année nais. |_|_| . Année nais. |_|_|
. Vivant . Vivant
. Décédé Date _____ . Décédée Date _____

- FRERES ET SCEURS - Nombre de frères et sœurs |_|_|
. Nom _____ . Prénom _____ . Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|
. Nom _____ . Prénom _____ . Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|
. Nom _____ . Prénom _____ . Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|

- A DEFAUT, FAMILLE LA PLUS PROCHE :

. Nom _____ . Prénom _____
. Domicile _____
. Tél |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| . Lien de parenté _____

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE



.Nom _____ . Prénom _____ . Parenté _____

.Adresse _____

. TEL DOM : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

. TEL TRAV : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

. PORTABLE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

.Nom _____ . Prénom _____ . Parenté _____

.Adresse _____

. TEL DOM : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

. TEL TRAV : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

. PORTABLE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PROTECTION JURIDIQUE

- MESURE DE TUTELLE Oui Non

- MESURE DE CURATELLE Oui Non

- DATE DU JUGEMENT _____ TRIBUNAL DE : _____

. Nom, Adresse du Tuteur ou Curateur _____

COUVERTURE SOCIALE

- NOM ET ADRESSE DE VOTRE ORGANISME DE PRISE EN CHARGE

. TELEPHONE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- N° D'IMMATRICULATION : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Affection Longue Durée : oui non

100 % invalidité : - CMU de base oui non

- CMU Complémentaire oui non

. Assuré . Ayant Droit

. Nom et Prénom de la Personne dont dépend l'Ayant Droit

. Qualité _____

Scolarité - Education	
Primaire :	Date et Lieu de l'établissement :
Secondaire :	Date et Lieu de l'établissement :

ETUDES - DIPLOMES OBTENUS - PROFESSIONS

ETUDES	DIPLOMES - DATES

METIER (s) EXERCE (S)

QUALIFICATION	NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	DATE de début de contrat	DATE de fin de contrat	MOTIF de fin de contrat

- AVEZ-VOUS SEJOURNE(E) DANS UN ETABLISSEMENT D'EDUCATION,
D'ACCUEIL OU DE SOINS POUR PERSONNES HANDICAPEES ?

. OUI

. NON



Si OUI, LESQUELS ?

DATE	NOM DES ETABLISSEMENTS

RESSOURCES

Bénéficiez-vous de ressources financières ?

OUI

NON

- Indemnités journalières

OUI

NON

Montant mensuel _____

- Pension invalidité

OUI

NON

Catégorie

1

2

3

Montant mensuel _____

- Rente Accident du Travail

OUI

NON

Montant mensuel _____

- Allocation Adulte Handicapé (AAH)

OUI

NON

Date de décision d'attribution AAH COTOREP ou CDAPH _____

Valable du _____

Au _____

- Rente et pensions diverses privés

OUI

NON

Montant mensuel _____

II - RENSEIGNEMENTS SOCIAUX



- NOM _____ PRENOM _____

- MODE DE VIE ACTUEL :

- URGENCE EVENTUELLE DE L'ADMISSION ET SES RAISONS :

- QU'ATTENDEZ-VOUS DE VOTRE FUTUR PLACEMENT :

- LES RETOURS EN FAMILLE POUR LES WEEK-ENDS PEUVENT-ILS ETRE ENVISAGES
(ne concerne pas l'Accueil de Jour)

. OUI . Fréquence possible : _____ . NON . Quels sont les obstacles à ce retour ?

- ACCES AU DOMICILE : (Concerne les demandes d'admission au Foyer d'Accueil de Jour)

Y-a-t-il un obstacle architectural pour entrer et sortir du domicile ? . OUI . NON

(Description des éventuelles difficultés d'accessibilité au domicile).

. Escaliers

. Autres

. Largeur de portes

(pente, terrain accidenté, obstacles...)

Des Travaux améliorant l'accessibilité sont-ils réalisables ? *

* **Nota** : Le Service Transport de l'Accueil de Jour ne prévoit ni manutention pour
Passage d'obstacle ni port de charge

- QUE DEMANDEZ-VOUS ?

ACCUEIL EN MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE :

. Des séjours temporaires ? . OUI . NON

(maximum 90 jours par an)

Si OUI : - Durée :

- Fréquence :

. Un séjour permanent ? . OUI . NON

(pension complète à l'année)

ACCUEIL EN FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE DE JOUR :

. Un Accueil de Jour . OUI . NON

. Si oui, combien de jours par semaine (maximum 4 jours) ? : _____



- Quelles sont vos activités actuelles ?

- Quel type d'activités aimeriez-vous exercer ?

- Dans le cas où vous ne possédez plus de domicile,

Veillez indiquer l'adresse du dernier domicile que vous avez occupé.

- OBSERVATIONS :



FAIT LE :

A :

SIGNATURE DU DEMANDEUR :

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL :

LISTE DES PIÈCES À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT AVEC LE DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

- . Copie de la notification CDAPH d'orientation en établissement
- . Copie de la carte d'identité ou du livret de famille
- . Mesure de protection juridique (*s'il y a lieu*)