

CO
NF
ID
EN
TI
E

ALAGH Lorraine Nord
Maison d'accueil spécialisée

101, rue de la Bannie
54350 MONT-SAINT-MARTIN
Tél. : 03.82.24.00.00- Fax. : 03.82.24.00.01
E-mail : Sociale-MSM@alagh.org

RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS
CONCERNANT : _____

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Maison d'accueil spécialisée
101, rue de la Bannie
54350 MONT SAINT MARTIN

<input type="checkbox"/> Accueil de jour	Accueil permanent et temporaire (accueil temporaire limité à 90 jours/an) <input type="checkbox"/>
--	--



- I - Renseignements Administratifs
II - Renseignements Sociaux

Pages
2 - 3 - 4 - 5 - 6
7 - 8 - 9 - 10

I - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

IDENTITE

- NOM

- NOM DE JEUNE FILLE

- 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

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

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

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

.Nom . Prénom . Parenté

. 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

COUVERTURE SOCIALE (suite)

- NOM ET ADRESSE DE VOTRE MUTUELLE OU ASSURANCE PRIVEE

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

. NUMERO D'ADHERENT |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- ADRESSE CAISSE D'ALLOCATION FAMILIALE

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

- NUMERO D'ALLOCATAIRE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- REFERENCE DU SERVICE SOCIAL EXTERIEUR (Nom, Adresse)

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

DECISIONS DE LA COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPEES - Anciennement COTOREP -

. ADRESSE DE LA MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES

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

. NUMERO DE DOSSIER |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ORIENTATION EN ETABLISSEMENT

- Orientation Maison d'Accueil Spécialisée

. Séjour Permanent

. Séjour Temporaire

. Date de validité Du _____ Au _____

- Orientation Accueil de Jour

. OUI

. NON

. Date de validité Du _____ Au _____

CARTES

- Carte d'invalidité . OUI . NON TAUX %

- Carte de stationnement . OUI . NON

DECISIONS DE LA COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPEES (suite)

- ALLOCATION COMPENSATRICE TIERCE PERSONNE (ACTP)

. OUI

. NON

TAUX %

Décision COTOREP ou CDAPH valable du _____ Au _____

PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

. Aides Humaines

. OUI

. NON

. Aidant Familial

Nombre d'heure / jour : _____

. Association Prestataire

Nombre d'heure / jour : _____

. Mandataire

Nombre d'heure / jour : _____

. Emploi Direct

Nombre d'heure / jour : _____

Total d'heure / mois _____ Montant / mois _____

. Date de décision COTOREP ou CDAPH |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

. Aides Techniques

. OUI

. NON

Lesquelles : _____

. Date de décision COTOREP ou CDAPH |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

. Aménagement(s) Domicile

. OUI

. NON

Lesquels _____

. Date de décision COTOREP ou CDAPH |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

. Aménagement(s) Véhicule

. OUI

. NON

Lesquels _____

. Date de décision COTOREP ou CDAPH |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

. Surcoût résultant du transport

. OUI

. NON

Montant / mois _____

. Date de décision COTOREP ou CDAPH |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

. Charges spécifiques ou exceptionnelles (réparation fauteuil roulant, d'audioprothèses...)

. OUI

. NON

Montant / mois _____

Lesquelles _____

. Date de décision COTOREP ou CDAPH |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

. Aides Animalières

. OUI

. NON

SCOLARITE - EDUCATION

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 DE JOUR EN MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE :

. Un Accueil de Jour . OUI . NON

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

Précisez votre souhait :

- Quelles sont vos activités actuelles ?

- Quel type d'activités aimeriez-vous exercer ?

**- Dans le cas où vous ne possédez plus de domicile,
Veuillez 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 COTOREP ou CDAPH d'orientation en établissement
- . Copie du livret de famille
- . Mesure de protection juridique (*s'il y a lieu*)
- . Copie de la notification COTOREP ou CDAPH d'attribution d'AAH
- . Copies de l'attestation de la Sécurité Sociale + copie de la carte de Mutuelle