



M.A.S Irène Pierre / Foyer d'Accueil Médicalisé de Jour (FAMJ)
Dispositif PasseR'aile / M.A.S Mont-Saint-Martin

1661 Avenue Raymond Pinchard - 54000 NANCY

Tél. : 03.83.93.49.99

Fax. : 03.83.93.49.98

Mail. : contact@alagh.org

Cadre réservé à l'ALAGH

Date d'envoi du dossier :

Date de réception du dossier :

Date de visite :

Confirmation date de visite :

Commentaire :

**Photo
d'identité
Obligatoire**

Renseignements Socio-Administratifs

Dossier de demande d'admission

M.A.S. Nancy

M.A.S. Saint-Martin

Dispositif PasseR'aile

F.A.M.J. Nancy

Logements inclusifs (ULS)

- I. Volet administratif
- II. Volet médical
- III. Volet indépendance
- IV. Projet de l'utilisateur

Pour être instruit le dossier doit être complet (Volets socio-administratif, médical, indépendance et projet de l'utilisateur)

I. VOLET SOCIO-ADMINISTRATIF

Etat Civil – Coordonnées

Civilité (cocher la case correspondante) Madame Monsieur

Nom de naissance -----

Nom d'usage (si différent) : ----- Prénom : -----

Date de naissance : ----- Lieu de naissance : -----

Adresse : -----

Code Postal :----- Ville :-----

Téléphone :----- Mail. : ----- @-----

Situation familiale

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

Conjoint

Nom :----- Prénom :----- Date de naissance :-----

Profession : -----

Enfant(s) Nombre d'enfants : ----- Nombre d'enfant(s) à charge : -----

Nom :----- Prénom :----- Date de naissance :-----

Nom :----- Prénom :----- Date de naissance :-----

Nom :----- Prénom :----- Date de naissance :-----

Nom :----- Prénom :----- Date de naissance :-----

Situation familiale (suite)

Parent(s)

Nom du père :

Nom de la mère :

Année de naissance :

Année de naissance :

Vivant Décédé - Date :

Vivante Décédée - Date :

Frère(s) et sœur(s)

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom : Prénom : Date de naissance :

A défaut, famille la plus proche

Lien de parenté : Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone :

Personnes à prévenir en cas d'urgence

1.

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone travail :

2.

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable : Téléphone travail :

Protection juridique

Mesure de protection : OUI NON En cours

Type de mesure : -----

Date de jugement : ----- Tribunal de : -----

Nom et Prénom du représentant : -----

Adresse : -----

Couverture sociale

Nom de la caisse : -----

Adresse : -----

Téléphone : -----

Numéro d'immatriculation : -----

Assuré Ayant droit - Nom et prénom de l'assuré -----

Affection Longue Durée (ALD) : Oui Non

Invalidité : Oui Non

Protection Universelle Maladie (PUMA) : Oui Non

Couverture complémentaire

Nom de la caisse : ----- Numéro d'adhérent : -----

Adresse : -----

Téléphone : -----

Caisse d'Allocation Familiale (CAF)

Adresse : -----

Téléphone : -----

• **Prestation de Compensation du Handicap (PCH)**

- Aides humaines Oui Non

	Aidant Familial	Association prestataire	Mandataire	Emploi directe
Nombre d'heures par jour				

Total d'heure par mois :----- Montant par mois : -----

Date de décision de la CDAPH : -----

- Aides techniques Oui Non

Si oui précisez : -----

Date de la décision de la CDAPH : -----

- Aménagement(s) domicile Oui Non

Si oui précisez : -----

Date de la décision de la CDAPH : -----

- Aménagement(s) véhicule Oui Non

Si oui précisez : -----

Date de la décision de la CDAPH : -----

- Surcoût résultant du transport Oui Non

Si oui précisez : -----

Date de la décision de la CDAPH : -----

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

Oui Non

Si oui précisez : -----

Date de la décision de la CDAPH : -----

- Aides animalières Oui Non

Intervenants extérieurs actuellement en place (SSIAD, services d'aide à domicile...)

Nom : -----

Nom : -----

Adresse : -----

Adresse : -----

Téléphone : -----

Téléphone : -----

Nom : -----

Nom : -----

Adresse : -----

Adresse : -----

Téléphone : -----

Téléphone : -----

Nom : -----

Nom : -----

Adresse : -----

Adresse : -----

Téléphone : -----

Téléphone : -----

Scolarité - Education

	Nom	Date	Lieu
PRIMAIRE			
SECONDAIRE			
ENSEIG. SUP			

Métier(s) exercé(s)

Qualification	Nom/adresse employeur	Date début	Date fin	Motif de fin de contrat

Etablissement d'éducation d'accueil ou de soins pour personnes handicapées

Avez-vous déjà séjourné(e) dans un établissement de ce type Oui Non

Nom de l'établissement	Date de début	Date de fin

Ressources

- Bénéficiez-vous de ressources financières : Oui Non
 - Indemnités journalières : Oui Non
Si oui, montant mensuel : -----
 - Pension invalidité : Oui Non
Si oui, montant mensuel : -----
 - Rente Accident du Travail Oui Non
Si oui, montant mensuel : -----
 - Allocation Adulte Handicapé (AAH) Oui Non
Date de la décision CDAPH : -----
Valable du ----- au -----
 - Rentes et pensions diverses privées Oui Non
Si oui, montant mensuel : -----

Assurances

Assurance responsabilité civile Oui Non N° Adhérent :-----

Si vous avez été victime d'un accident avec identification d'un tiers responsable, merci de nous communiquer les coordonnées de l'assurance de celui-ci :

IV. Projet de l'utilisateur

Nom :	Prénom :
-------	----------

- Mode de vie actuel :

- La personne ne peut pas formaliser son projet de vie
- La personne n'a pas encore formalisé son projet de vie et souhaite être accompagnée
- La personne a un projet de vie et à besoin d'être accompagnée dans sa mise en œuvre
- La personne a un projet de vie, a fait des démarches nécessaires et est dans l'attente de la concrétisation de ce dernier

Nature de la demande

Maison d'accueil spécialisé Irène Pierre

Accueil Permanent

Accueil temporaire (max. 90j/an) Sur site Externalisé

Durée :----- Fréquence : -----

Accueil d'urgence

Foyer d'Accueil Médicalisé de Jour - Nancy

Nombre de jours par semaine (4 max.) : -----

Il y a-t-il un obstacle architectural pour entrer ou sortir du domicile : Oui Non

Si oui, précisez : -----

NB. : Le service transport de l'Accueil de Jour ne procède à aucune manutention ou port de charge

Maison d'accueil spécialisé de Mont-Saint-Martin

Accueil Permanent

Accueil temporaire (max. 90j/an) Durée :----- Fréquence : -----

Accueil de jour

Dispositif Passer'aille

Accueil sur 2 ans maximum

Evaluation de courte durée

Logement inclusif

Accueil sur ULS (Unité de logements et de Services)

Type de logement souhaité : T1 T2

Services souhaités : SSIAD SAAD

Mise en œuvre du Projet

- Durée prévisible : -----

Observations :

Fait le : ----- à -----

Signature du demandeur

Signature du représentant légal

**Pièces à retourner impérativement avec
le dossier de demande d'admission**

- Copie de la notification MDPH d'orientation en établissement
- Copie de la carte d'identité ou du Livret de Famille
- Cartes de sécurité sociale et de mutuelle
- Mesure de protection s'il y a lieu