



ACCUEIL DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAPS SENSORIELS

ASSOCIATION LARNAY SAGESSE  
*E.H.P.H.S.A.D.*

DATE DE DEPOT : / /

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

à remplir par la personne et/ou son  
représentant légal

Article D.312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

NOM :  
PRENOM :

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

Autres :

### 3- COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE :

La personne concernée elle-même : OUI ☐ NON ☐

Si ce n'est le cas, autre personne à contacter :

Nom de naissance : .....  
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) : .....

ADRESSE :

N° Voie, rue, boulevard : .....

Code postal : ..... Commune/Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse email : .....

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée : .....

---

### 4- MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE : OUI ☐ NON ☐ En cours ☐

Si oui, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Mandat Spécial ☐ Mandat de protection future ☐

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de naissance : .....  
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Lieu de naissance : ..... Pays ou département : .....

N° d'immatriculation : .....

ADRESSE :

N° Voie, rue, boulevard : .....

Code postal : ..... Commune/Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse email : .....

---

### 5- SITUATION DE LA PERSONNE CONCERNEE A LA DATE DE LA DEMANDE :

Domicile : ☐ Chez enfant/Proche : ☐ Logement foyer : ☐ EHPAD : ☐ Hôpital : ☐ SSIAD/SAD : ☐

Accueil de jour : ☐

Autre (préciser) : .....

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service : .....

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI ☐ NON ☐

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI ☐ NON ☐

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli ☐

## 6- REFERENT FAMILIAL :

Un référent familial a-t-il été désigné par la personne concernée : OUI ☐ NON ☐

Si oui :

Nom de naissance : .....  
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s) : .....

### ADRESSE :

N° Voie, rue, boulevard : .....

Code postal : ..... Commune/Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse email : .....

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée : .....

## 7- COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

NOM : .....

Prénom : .....

### ADRESSE :

N° Voie, rue, boulevard : .....

Code postal : ..... Commune/Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse email : .....

## 8- ASPECTS FINANCIERS :

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule ☐ Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers ☐

Aide sociale à l'hébergement : OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Allocation logement (APL/ALS) : OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Allocation personnalisée à l'autonomie : OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI ☐ NON ☐

**9- DEMANDE :**

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent ☐  
..... Accueil couple  
souhaité : OUI ☐ NON ☐  
Avez-vous fait des demandes dans d'autres établissements : ..... OUI ☐ NON ☐  
Si OUI, lesquels :

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT ☐ DANS LES 6 MOIS ☐ ECHEANCE PLUS  
LOINTAINE ☐

COMMENTAIRES :

Date de la demande : ...../...../.....

Signature de la personne concernée  
ou de son représentant légal

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

---

**PIECES A JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION :**

- ☐ Extrait d'acte de naissance
- ☐ carte d'identité et ou passeport et ou livret de famille
- ☐ Jugement de tutelle ou curatelle ou Mandat de protection s'il y a lieu
- ☐ Carte d'invalidité
- ☐ Notification(s) MDPH (AAH-Orientation-ACTP-PCH-Invalidité)
- ☐ Carte d'assuré social (CPAM ou MSA)
- ☐ Carte Mutuelle Complémentaire
- ☐ Notification Aide Sociale s'il y a lieu
- ☐ Notification Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) s'il y a lieu
- ☐ Justificatifs des ressources (retraite ...)
- ☐ Dernier avis d'imposition sur le revenu