



ACCUEIL DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAPS SENSORIELS

ASSOCIATION LARNAY SAGESSE
F.A.M. & Foyer de Vie

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

DOSSIER ADMINISTRATIF

1- ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE

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 :

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e)

Divorcé(e)

Nombre d'enfants :

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint,...) :

2- NATURE DU HANDICAP SENSORIEL

Surdité Cécité Surdi-cécité Troubles visuels

Type de communication : Langue des signes

LSF tactile

Braille

Dactylologie

Oralisation

Ecriture

Ecriture dans la main

« Codes »

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 :

FOYER DE VIE FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE (F.A.M.) Accueil couple souhaité : OUI NON La personne concernée dispose-t-elle d'une **orientation MDPH** : vers un FOYER DE VIE OUI NON
EN COURS

Si oui, quelle est l'échéance :

La personne concernée dispose-t-elle d'une **orientation MDPH** : vers un F.A.M. : OUI NON
EN COURS

Si oui, quelle est l'échéance :

La notification d'orientation de la MDPH est indispensable au dossierAvez-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