

Photo d'Identité

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

DOSSIER D'INSCRIPTION
Résidence d'Accueil « Kerlorson »

Renseignements Administratifs et Sociaux

Destiné aux personnes en situation de handicap psychique

Cadre réservé au secrétariat

Dossier reçu le :

Dossier complet : OUI NON

Examen par la Commission d'Admission le :

Décision : REFUS ADMIS

Motif(s) :

LES CONDITIONS D'ADMISSION

La Résidence d'Accueil « Kerlorson »

1.1. Les critères d'admission

- Etre âgé(e) de 18 ans minimum,
- être fragilisé(e) et handicapé(e) par des troubles au long cours liés à une pathologie psychique n'impliquant pas que les personnes soient reconnues par les instances *ad hoc*,
- ne pas présenter d'addictions à l'alcool et aux produits stupéfiants,
- être suffisamment stabilisé(e) pour respecter et bénéficier des règles de vie semi-collectives,
- être suffisamment autonome pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en tant que de besoin,
- disposer de revenus annuels n'excédant pas le plafond déterminé dans les conditions prévues par l'article R331-12 du Code de la construction et de l'habitation.
- **Satisfaire à toutes les conditions de la Commission d'Admission de l'Association Espoir 35**

1.2. La procédure d'admission

Les pièces suivantes sont à joindre au dossier de candidature :

- certificat médical complet (cf pages 16 à 19 du dossier d'inscription),
- rapport socio-environnemental en cas de suivi par un autre service,
- notification de la décision d'orientation ou préconisation de la MDPH,
- carte nationale d'identité en cours de validité,
- carte d'invalidité en cours de validité,
- attestation allocation adulte handicapé et/ou pension d'invalidité,
- attestation de sécurité sociale en cours de validité,
- attestation de mutuelle en cours de validité,
- attestation d'allocataire à la Caisse d'Allocations Familiales d'Ille-et-Vilaine,
- attestation d'assurance en responsabilité civile.

Un ou plusieurs entretiens auront lieu entre la personne (accompagné d'un intervenant social ou d'un aidant) et un membre de la Direction d'ESPOIR 35, qui lui présentera les missions de l'Association et le dossier d'inscription.

Les dossiers de candidatures seront ensuite étudiés par une Commission d'Admission interne à l'Association Espoir 35 à laquelle siègent : le Directeur et/ou le Chef de Service, le Président de l'Association ESPOIR 35 ou de son représentant, le Chef de service du secteur G05 du Centre Hospitalier Guillaume Régnier.

Peuvent également y participer : les représentants des services de l'Etat (Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations - DDCSPP d'Ille-et-Vilaine) et les autres partenaires (Aiguillon et associations partenaires).

La décision définitive appartient en dernier recours au gestionnaire, l'Association Espoir 35.

A propos des mesures de protection judiciaire :

Dans l'hypothèse où le candidat est dans l'impossibilité de gérer seul son patrimoine mobilier et/ou immobilier ainsi que les démarches inhérentes à la vie quotidienne, une demande de mise sous protection judiciaire pourra être initiée.

Afin de répondre au mieux aux besoins d'assistance ou de représentations des personnes protégées, la loi du 5 mars 2007 propose différentes mesures de protection judiciaire et non judiciaire :

- La sauvegarde : mesure provisoire
- La curatelle simple: mesure d'assistance pour la réalisation d'actes de disposition
- La curatelle renforcée : mesure d'assistance, perception et gestion des revenus de la personne protégée
- La tutelle : mesure de représentation

La loi du 5 mars 2007 crée également deux mesures d'accompagnement :

- La Mesure d'Accompagnement Social Personnalisée (MASP) destinée aux personnes majeures touchant des prestations sociales et qui éprouvent des difficultés pour les gérer
- La Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ) prononcée par le Juge des Tutelles, elle est destinée aux personnes majeures ayant bénéficié d'une mesure d'accompagnement social personnalisée mais pour qui cette mesure n'a pas été suffisante.

FICHE D'IDENTIFICATION

NOM : PRENOM :

SEXE : DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

Tél : Port : Adresse e-mail :

Situation familiale :

- Célibataire Marié(e) Parent isolé
- Pacsé(e) Veuf/Veuve

* Carte Nationale d'Identité : (photocopie)

* Carte d'invalidité : (photocopie)

* Notification de la décision d'orientation SAVS/SAMSAH : (photocopie)

Date de la notification : Date de fin d'orientation :

* N° de Sécurité Sociale (photocopie)

Centre.....

* Mutuelle - N° (photocopie)

Nom de l'organisme.....

Adresse.....

* N° C.A.F. (photocopie)

Centre de

* Assurance responsabilité civile (photocopie)

(A renouveler tous les ans)

RESSOURCES

1- Allocation Adulte Handicapé

oui non Taux :% montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

1.1 - Majoration vie Autonome oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

Ou

1.2 - Complément de ressources oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

2- Pension d'Invalidité

oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

- Fonds Spécial d'invalidité oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

3- Aides financières pour rémunération tierce personne :

3.1- Allocation compensatrice oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

Ou

3.2- Prestation de compensation oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

Ou

3.3- Aide sociale au titre de l'aide-ménagère oui non montant€
Date de validité :(joindre photocopie)

MESURE DE PROTECTION

(* Cf détail des mesures de protection judiciaire en page 2)

Vous bénéficiez d'une :

MASP NIVEAU 1 MASP NIVEAU 2 MAJ

Nom et adresse du service chargé d'assurer cette mesure :

.....

.....

Représenté par Monsieur - Madame :

Tél. : Port :

E-mail :

Vous bénéficiez d'une mesure de protection juridique :

CURATELLE CURATELLE RENFORCEE TUTELLE

Cette mesure est assurée par un service (APASE/ATI/MAJEURS PROTEGES)

Ou un mandataire privé :

Nom et adresse :

.....

.....

Représenté par Monsieur - Madame :

Tél. : Port :

E-mail :

Cette mesure est assurée par un proche :

Monsieur - Madame :

Lien de parenté

Adresse :

.....

.....

Tél. : Port :

E-mail :

FAMILLE

Nom et prénom du Père :

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

Tél. : Port :

E-mail :

Nom et prénom de la Mère :

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

Tél. : Port :

E-mail :

Frères et sœurs :

-

-

-

-

Etes-vous soutenu(e) par l'un de vos proches (père, mère, frère, sœur, conjoint, concubin, amis ou autre ?)

Nom et Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

Tél. : Port :

E-mail :

SCOLARITE - FORMATION

Etudes :

.....

.....

.....

.....

Diplômes – Année d’obtention :

.....

.....

.....

.....

Qualification :

.....

Professions déjà exercées :

- Nombre d’années :

- Nombre d’années :

- Nombre d’années :

- Nombre d’années :

Permis de conduire : oui - non Catégorie

Année d’obtention : Préfecture :

LIEU DE VIE ACTUEL

Au domicile personnel :

Dans un appartement individuel

Au domicile des parents

Adresse :

.....

.....

Dans un établissement hospitalier :

Nom :

.....

Adresse :

.....

Tél : Service :

Suivi par

.....

Nom du Médecin psychiatre :

Tél :

E-mail :

Autre structure d'accueil :

Nom :

.....

Adresse :

.....

Tél : Service :

Suivi par

.....

Quelles sont les raisons qui vous incitent à présenter votre candidature ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MON PROJET DE VIE, MES BESOINS, MES ATTENTES

MA SITUATION - ACTIVITES POUR LESQUELLES J'AI BESOIN D'UN SOUTIEN

J'ai besoin d'un soutien lors de mes déplacements pour :

- sortir de mon domicile
- utiliser les transports en commun
- conduire un véhicule
- effectuer des démarches administratives
- faire des courses en ville
- m'aider à respecter les horaires

Autre :

J'ai besoin d'un soutien dans ma vie quotidienne pour :

- avoir une hygiène corporelle régulière
- avoir des vêtements mieux entretenus et mieux adaptés au climat
- avoir une alimentation mieux équilibrée
- préparer mes repas
- entretenir mon logement
- apprendre à me protéger des abus de toutes sortes (abus de ma personne, vols, sectes....)
- gérer mon argent et répondre à mes obligations (assurances, impôts....)
- ne pas oublier de prendre mes médicaments
- m'aider à avoir un suivi médical régulier

Autre :

J'ai besoin d'un soutien dans mes relations avec autrui pour :

- affronter des situations et des relations génératrices de stress, d'angoisse, de fuite....
- participer à la vie sociale, aux loisirs, à la vie culturelle, aux sports, aux cultes, etc...
- éviter une perte de contact avec ma famille, mes amis
- éviter la peur d'être mal jugé
- affronter le regard des autres et éviter le repli sur moi-même
- m'aider à reconnaître ma maladie

Autre :

J'ai besoin d'un soutien dans ma vie culturelle pour professionnelle

- Pour une remise à niveau de mes connaissances générales
- Pour une information sur les possibilités d'évaluation de mes compétences (y compris professionnelles)

Autre :

LES AIDES DE MON ENTOURAGE

	Je ne reçois pas d'aide...	Je reçois de l'aide ...			
		Par ma famille	Par un(e) amie(e)	Par un travailleur social	Par une aide à domicile
Hygiène corporelle					
Préparation des repas					
Entretien du linge					
Entretien du logement					
Gestion de mon budget					
Accompagnement dans les démarches administratives					
Accompagnement chez le médecin					
Accompagnement dans certaines activités Lesquelles :					
Faire les courses					

MES ATTENTES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MON SUIVI MEDICAL

Suivez-vous un traitement médical ?

OUI

NON

Si oui lequel ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pour quelle maladie ?

Suivez-vous correctement votre traitement ?

OUI

NON

Nom de votre médecin psychiatre :

- Adresse :
- Tél : E-mail :
- Secteur psychiatrique :
- Fréquence des visites :

Nom de votre médecin traitant :

- Adresse :
- Tél : E-mail :
- Fréquence des visites :

Nom de votre psychologue :

- Adresse :
- Tél : E-mail :
- Fréquence des visites :

Ce dossier doit être rempli, si possible, par la personne concernée ou par :

Nom : Prénom : Lien avec la personne concernée :

Je déclare sur l'honneur exact les renseignements indiqués ci-dessus.

Fait à le

Signature :



7 route de Vezin
35000 RENNES
Tél : 02 57 87 29 04
Fax : 02 99 36 68 12
contact@espoir35.fr
www.espoir35.fr



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

DOCUMENT A DESTINATION DE L'ENTOURAGE
Renseignements sur les habitudes de vie

A joindre au dossier d'inscription de la Résidence d'Accueil « Kerlorson »

DOCUMENT A REMPLIR PAR L'ENTOURAGE

Nom : Prénom

Adresse :

Vous répondez à ce questionnaire concernant Madame, Monsieur *

en qualité de :

- Membre de sa famille. Lien de parenté à préciser :
- Représentant légal (tuteur) ou curateur
- Autre - à préciser

Merci de préciser si vous vivez quotidiennement avec l'intéressé(e) ? (entourez) OUI NON

Afin de permettre à l'équipe professionnelle d'ESPOIR 35 de réaliser une évaluation globale de l'intéressé(e) et de mesurer son degré d'autonomie dans la vie quotidienne, merci de bien vouloir compléter les tableaux ci-dessous en cochant, par activité, la case qui correspond le mieux, selon vous, à sa situation.

ACTES ESSENTIELS (entretien personnel et déplacements)					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas, ou de manière inconstante	Observations
Hygiène/Propreté					
S'habiller de façon adaptée					
Préparer un repas chaud					
Suivi médical					
Observance du traitement					
Utiliser les transports en commun					

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas, ou de manière inconstante	Observations
Faire ses courses					
Préparer un repas simple					
Faire son ménage					
Entretenir son linge et ses vêtements					
S'occuper de sa famille					
Gérer son budget, faire les démarches administratives					
Vivre seul dans un logement indépendant					
Avoir des relations informelles de voisinage					
Participer à la vie communautaire, sociale et civique					
Partir en vacances					
TACHES ET EXIGENCES GENERALES, RELATION AVEC AUTRUI, COMMUNICATION					
S'orienter dans le temps					
S'orienter dans l'espace					
Fixer son attention					
Mémoriser					
Prendre des décisions					
Prendre des initiatives					
Gérer sa sécurité (réagir de façon adaptée à une situation risquée, éviter un danger)					
Maîtriser son comportement (émotions, pulsions) dans ses relations avec autrui					
Utiliser des appareils et techniques de communication					
Mener une conversation					

Autres informations utiles que vous souhaitez porter à la connaissance de l'équipe professionnelle d'ESPOIR 35 (contexte familial et social, emploi, logement, ressources....) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature de la personne de l'entourage :

Autorisation de la personne concernée par le questionnaire :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur * autorise la personne désignée ci-dessus à transmettre ces informations à l'équipe professionnelle d'ESPOIR 35

Date :

Signature de la personne concernée :

**Rayer la mention inutile*



7 route de Vezin
35000 RENNES
Tél : 02 57 87 29 04
Fax : 02 99 36 68 12
contact@espoir35.fr
www.espoir35.fr



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

DOCUMENT A DESTINATION DE L'EQUIPE MEDICALE

Renseignements Médicaux à signé par le médecin psychiatre ou généraliste

A joindre au dossier d'inscription de la Résidence d'Accueil « Kerlorson »

CONFIDENTIEL

Renseignements Médicaux

(A mettre sous pli cacheté à l'intention du médecin de la Commission d'Admission)

Ces informations doivent permettre à l'association Espoir 35 de proposer un accompagnement le plus adapté possible.

Nom et prénom de l'intéressé(e)

Age :ans

Domicilié(e) à :

1 – La demande de suivi et/ou d'hébergement par ESPOIR 35 émane de :

- l'intéressé(e)
- sa famille
- l'équipe soignante avec l'accord de l'intéressé(e)
- son représentant légal (tuteur, curateur...)
- autre à (précisez).....

2 – PATHOLOGIE PRINCIPALE ET PATHOLOGIE(S) ASSOCIE(E)S (dont addictions)

Autres critères secondaires :

Ancienneté de la pathologie et mode de début des troubles

Evolution des troubles : Son état est-il stabilisé ? (entourez) OUI NON

3 – DESCRIPTION DES DEFICIENCES ACTUELLES DU PSYCHISME : Cochez puis entourez les mentions utiles

- Troubles de la volition** (précisez) *apragmatisme, négativisme, inhibition, ambivalence, compulsions obsessionnelles*
- Troubles de la pensée** (précisez) *idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, appauvrissement de la pensée, radotage, délire*
- Troubles de la perception** (précisez) *illusions, hallucinations, déréalisation*
- Troubles de la communication** (précisez) *logorrhée, préciosité, coq-à-l'âne, écholalie, discordance, mimique, néologismes, parasitisme, bégaiement, mutisme, repli autistique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires*
- Troubles du comportement** (précisez) *agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité*
- Troubles de l'humeur** (précisez) *prolongés ou répétés : troubles dépressifs ou hypomaniaques, états d'excitation ou dépression franche, état maniaque*
- Troubles de la conscience et de la vigilance** (précisez) *légère, avec gêne notable, entravant la vie quotidienne*
- Troubles intellectuels ou cognitifs** (précisez) *séquentaires d'une affection mentale précoce ou d'acquisition tardive : troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, de l'orientation temporelle et spatiale*
- Troubles de la vie émotionnelle et affective** (précisez) *anxiété, angoisse, doute, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective*
- Expression somatique des troubles psychiatriques** (précisez)

Si hospitalisation(s) antérieure(s) (*précisez la fréquence, la durée et les dates*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres informations jugées utiles de porter à la connaissance de l'équipe de l'Association Espoir 35 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - NATURE DU TRAITEMENT ACTUEL :

Adhésion au traitement OUI NON

L'intéressé est-il capable de prendre régulièrement son traitement comme prescrit ? OUI NON

Bonne tolérance OUI NON

Le cas échéant, précisez les effets secondaires :

.....

.....

.....

.....

5 – PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ACTUELLE :

Hospitalisation en cours OUI NON

Si OUI, depuis quand ? Dans quel établissement ?

C.A.T.T.P. C.M.P.

Consultations externes Hôpital de jour Autre (*précisez*)

L'intéressé est-il capable de se rendre effectivement à ses RV médicaux et paramédicaux ? OUI NON

6 – CAPACITES DE TRAVAIL

Votre avis sur les capacités de l'intéressé(e) à exercer une activité professionnelle ? (*impossible actuellement, possible vers le milieu ordinaire à temps complet ou partiel, vers le milieu protégé, projet soutenu par l'équipe soignante...*)

.....

.....

.....

.....

.....

7 – RETENTISSEMENTS DE LA SYMPTOMATOLOGIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE ET SOCIALE :

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas, ou de manière inconstante	Observations
Faire ses courses					
Préparer un repas simple					
Faire son ménage					
Entretenir son linge et ses vêtements					
Gérer son budget, faire les démarches administratives					
Vivre seul dans un logement indépendant					
Partir en vacances					
TACHES ET EXIGENCES GENERALES, RELATION AVEC AUTUI, COMMUNICATION					
S'orienter dans le temps					
S'orienter dans l'espace					
Gérer sa sécurité (réagir de façon adaptée à une situation risquée, éviter un danger)					
Maîtriser son comportement (émotions, pulsions) dans ses relations avec autrui					
Utiliser des appareils et techniques de communication					
Mener une conversation					
ACTES ESSENTIELS (entretien personnel et déplacements)					
Se laver					
S'habiller / se déshabiller					
Prendre ses repas					
Prendre soin de sa santé					
Se déplacer à l'extérieur					
Utiliser les transports en commun					
Conduire un véhicule					

Date :

Nom et Prénom :

Fonction et Service :

Signature et cachet obligatoire du médecin :