

Dossier unique de demande d'admission en ESMS pour personnes adultes en situation de handicap – Ille-et-Vilaine

Le dossier unique de demande d'admission en établissement et service pour personne en situation de handicap vise à simplifier le processus d'admission pour tout type d'accompagnement. Dorénavant il vous sera demandé une information unique quel que soit le nombre d'établissements et services que vous sollicitez.



Le dossier est à remplir une seule fois puis à photocopier pour envoi par courrier et/ou mail aux établissements sollicités.

Nous attirons votre attention sur le fait que le dépôt du dossier de demande d'admission ne vaut pas admission.

L'établissement ou service sollicité s'engage à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois suite à son dépôt considéré complet.

Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter la MDPH ou le (ou les) établissement(s) que vous sollicitez pour admission.
En cas de difficultés de remplissage, le CLIC de votre territoire se tient à votre disposition pour vous accompagner (cf cartographie ci-jointe)

1. Identification (informations concernant le demandeur, bénéficiaire d'une orientation de la CDAPH)

A. Etat civil

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

B. Situation familiale

Vous êtes :

Célibataire

Marié (e)

Veuf (ve)

Vie maritale

Pacsé(e)

Séparé (e)

Divorcé(e)

Nombre d'enfant (s) :

Dont nombre d'enfant (s) à votre charge :

C. Renseignements administratifs et décision de la CDAPH

N° de sécurité sociale :

N° de dossier MDPH :

Orientation de la CDAPH (préciser le(s) type(s) ou service(s) et joindre une copie de la notification) :

Orientation :

Droits à compensation notifiés :

AAH

PCH aide humaine

PCH Aide technique

PCH Aide à l'aménagement du logement

PCH Aide au transport

PCH Aide spécifique ou exceptionnelle

PCH Aide animale

PCH Parentalité

2. Lieu de résidence

A. Vous résidez actuellement

Domicile personnel

Hébergé(e) au domicile familial :

Mère

Père

Les deux

Autre

Etablissement médico-social* :

Depuis le :

Etablissement sanitaire* :

Depuis le :

Autre, préciser (ex : hôtel, famille d'accueil...):

*Cf Glossaire joint en dernière page (page 9)

B. Adresse du lieu de résidence

Adresse :

Complément d'adresse :

Commune :

Code postal :

Département :

N° de téléphone :

Adresse mail :

Cette adresse correspond-elle à votre domicile de secours*?

*Domicile de secours**

Le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois ininterrompus dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation

Oui

Non

Si non, adresse de secours:

3.Représentants légaux (joindre la copie de la mesure de protection : tutelle, curatelle...)

Nom : _____ Nom : _____
Prénom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Adresse : _____

Code postal : _____ Code postal : _____
Commune : _____ Commune : _____
Département : _____ Département : _____
N° de téléphone : _____ N° de téléphone : _____
Adresse mail : _____ Adresse mail : _____

4.Situation actuelle (Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les cases correspondante(s))

Type de Handicap:

Accompagnement

Accueilli en famille d'accueil
Accompagné par un service
médico-social*
Accueilli au sein d'un
établissement médico-social*
Hospitalisé en établissement
sanitaire *
Sans accueil ni accompagnement
professionnel
Autre, à préciser :

Scolarisation / Formation

Scolarisé en milieu ordinaire
Scolarisé en établissement médico-social*
Scolarisé en ULIS lycée
Autre, à préciser :

Formation / Emploi

En formation professionnelle
Exerce une activité professionnelle
En recherche d'activité professionnelle
Sans activité professionnelle
Retraité
Autre, à préciser :

Adresse du lieu de travail
et /ou formation :

*Cf Glossaire joint en dernière page (page 9)

Remarques éventuelles :

5.Structures fréquentées actuellement**Etablissement / service****Dans le cas où il y a un suivi et/ou accueil par plusieurs établissements et/ou services, merci de les préciser.****Nom de l'établissement ou service médico-social et /ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°1) :**

Commune : _____
Département : _____
Date d'entrée dans la
structure : _____

Nom de l'établissement ou service médico-social et /ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°2) :

Commune : _____
Département : _____
Date d'entrée dans la
structure : _____

Commentaires :

6. Vos demandes, vos souhaits, vos attentes vis-à-vis de l'établissement/service

Description de votre situation actuelle :

Vos souhaits d'accueil/ d'accompagnement:

Hébergement Permanent Hébergement Temporaire Accueil de Jour SAVS SAMSAH

Pouvez-vous décrire votre projet de vie ou celui de votre proche/enfant ? (centres d'intérêts, priorités, difficultés...)

Possibilité de joindre un écrit en annexe :

7. Autonomie

Soins personnels	Je fais seul.e	J'ai besoin d'une aide partielle	J'ai besoin d'être aidé.e totalement	Je ne sais pas
Hygiène corporelle				
S'habiller et se déshabiller				
Assurer son élimination et utiliser les toilettes				
Prendre ses repas (boire, manger...)				
Gérer son repos quotidien				
Solliciter une aide extérieure				

Mobilité	Je fais seul.e	J'ai besoin d'une aide partielle	J'ai besoin d'être aidé.e totalement	Je ne sais pas
Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil...)				
Se déplacer à l'intérieur				
Se déplacer à l'extérieur				
Utiliser les escaliers				
Utiliser les transports en commun				
Conduire un véhicule				
Soulever et porter des objets				

Gestion des repères et relations avec autrui	Je ne rencontre pas de difficultés	J'ai quelques difficultés	Je ne fais pas	Je ne sais pas
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Communication orale				
Communication écrite				
Compréhension de consignes simples				
Prise d'initiative				
Gestion de sa sécurité				
Respect des règles de vie				
Relation avec autrui				

Vie domestique et courante	Je fais seul.e	J'ai besoin d'une aide partielle	J'ai besoin d'être aidé.e totalement	Je ne sais pas
Gérer son traitement (médicamenteux et/ou autre)				
Faire ses courses				
Gérer son alimentation				
Entretien du linge, vêtements...				
Faire son ménage				
Gérer son budget				
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)				

Fonctions sensorielles	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Audition			
Vision			

Accompagnement de la santé	Oui	Non	Fréquence		
			Tous les jours	Toutes les semaines	Tous les mois
Consultations médicales régulières (médecin traitant)					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapie					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Psychiatre					
Psychologue					
Autre :					

Aide technique(s) cocher la ou les case(s) correspondante(s) :

Canne Déambulateur Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant électrique
 Lit médicalisé Orthèse ou prothèse Appareil auditif Support de communication (interprète, picto...)

Autre (préciser):

Remarques:

Date de la demande :

Signature(s) de(s) la personne(s) concernée(s) et/ou de son représentant légal ou personne de confiance :

Nom:

Nom:

Prénom:

Prénom:

Signature :

Signature :

Personne ayant renseigné le dossier et à contacter en cas de besoin :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Adresse mail :

Liste des pièces à joindre au dossier :

Copie pièce d'identité
Copie de la notification de la CDAPH
Copie de l'attestation de sécurité sociale
Copie justificatif de la mesure de protection
fiche santé propre à l'établissement (celle-ci vous sera adressée si l'établissement la juge nécessaire)

Accusé de réception

Cet accusé de réception est à remplir par l'établissement ou service médico-social qui a été sollicité. La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal) comme preuve de dépôt.

Dossier réceptionné le :

Nom de l'établissement ou du service médico-social :

Nom du directeur.trice de la structure ou son représentant :

Adresse de la structure :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

E-mail :

Dossier complet

Dossier incomplet, pièces manquantes :

Fait le :

A,

Tampon et signature du Directeur.trice ou son représentant :

Réponse à la demande d'admission

La réponse à la demande d'admission est à remplir par l'établissement ou service médico-social qui a été sollicité dans un délai maximum de 2 mois à compter de la réception de la demande complète. La copie signée par le responsable d'établissement sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission (et/ou à son représentant légal, personne de confiance) ainsi qu'à la MDPH.

Dossier réceptionné le :

Nom de l'établissement ou du service médico-social :

Nom du directeur.trice de la structure ou son représentant :

Adresse de la structure:

Code postal :

Commune :

Téléphone :

E-mail :

Décision :

Admis

Admissible, sur liste
d'attente

Non admissible

En cas de refus d'admission, motivez :

Fait le :

A,

Tampon et signature du Directeur.trice ou son représentant :

Glossaire

MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
ESMS	Etablissements et Services Médico-Sociaux

***Liste des établissements médico-sociaux :**

· I.M.E	Institution médico-éducatif
· I.T.E.P	Institution thérapeutique éducatif et pédagogique
· I.E.M	Institut d'éducation motrice
· M.A.S	Maison d'accueil spécialisée
· F.A.M	Foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés
· F.H	Foyer d'hébergement
· F.V	Foyer de vie
· E.S.A.T	Etablissement et service d'accompagnement par le travail
· C.P.O	Centre de pré-orientation
· C.R.P	Centre de rééducation professionnelle
· E.A.N.M	Etablissement d'Accueil Non Médicalisé
· E.A.M	Etablissement d'Accueil Médicalisé

***Liste des services médico-sociaux :**

· S.A.M.S.A.H	Service d'accompagnement médico-social pour adulte
· S.A.V.S	Service d'accompagnement à la vie sociale
· S.S.I.A.D	Service de soins infirmiers à domicile
· S.P.A.S.A.D	Service polyvalent aide et soins à domicile
· S.A.A.D	Service d'aide et d'accompagnement à domicile

***Liste des établissements sanitaires:**

· H.A.D	Hospitalisation à domicile
· C.M.P	Centre médico-psychologique
· Hôpital	
· Hôpital de jour	

***Autres:**

· E.A	Entreprise adaptée
-------	--------------------

Les Centres locaux d'information et de coordination d'Ille-et-Vilaine

1 CESSON-SÉVIGNÉ

CLIC Alli'âges

2 bis, mail de Bourgchevreuil
35510 CESSON-SÉVIGNÉ
02 99 77 35 13
accueil@clic-alliages.fr
www.clic-alliages.fr

2 COMBOURG

AGECLIC

Maison des services
3, rue de la Mairie
35270 COMBOURG
02 23 16 45 45
clic@ageclic.fr
www.ageclic.fr

3 DINARD

CLIC Côte d'Émeraude

Hôpital Arthur-Gardiner
1, rue Henri-Dunant
35800 DINARD
02 99 16 88 76
accueil@clic-cote-emeraude.fr
www.clic-cote-emeraude.fr

4 GUICHEN

CLIC des Quatre Rivières

Bâtiment le Résé
26, rue Commandant-Charcot
35580 GUICHEN
02 99 52 01 59
accueil.clic.4rivieres@gmail.com

5 LA GUERCHE-DE-BRETAGNE

CLIC de la Roche aux Fées

Maison de Santé
3, rue Docteur-Pontais
35130 LA GUERCHE-DE-BRETAGNE
02 23 55 51 44
clic.rocheauxfees@orange.fr

6 MAEN ROCH – FOUGÈRES

CLIC Haute Bretagne

Site Maen Roch :
ESCC Eugénie-Duval
1, rue Albert-Camus
Saint-Brice-en-Coglès
35460 MAEN ROCH
Site Fougères :
3, avenue de Normandie
35300 FOUGÈRES
02 99 98 60 23
clic@asso Haute Bretagne.fr
www.clic Haute Bretagne.com

7 MONTAUBAN-DE-BRETAGNE

CLIC du Syndicat mixte du Pays de Brocéliande

Manoir de La Ville-Cotterel
48, rue de Saint-Malo
BP 86048
35360 MONTAUBAN-DE-BRETAGNE
02 99 06 32 45
clic@pays-broceliande.bzh
www.pays-broceliande.bzh

8 MONTGERMONT

CLIC Noroît

8, rue Marin-Marie
35760 MONTGERMONT
02 99 35 49 52
clic.noroit@gmail.com
www.clic-noroit.fr

9 REDON

CLIC Redon Agglomération

3, rue Charles-Sillard
35600 REDON
02 99 71 12 13
clic@redon-agglomeration.bzh
www.redon-agglomeration.bzh

10 RENNES

CLIC de Rennes

Maison des aînés et des aidants
34, place du Colombier
35000 RENNES
02 23 62 21 40
clic@ccasrennes.fr
www.metropole.rennes.fr

11 SAINT-AUBIN-D'AUBIGNÉ

CLIC de l'Ille et de l'Illet

1, place du marché
35250 SAINT-AUBIN-D'AUBIGNÉ
02 23 37 13 99
clic-ille-illet@orange.fr
www.clic-ille-illet.fr

12 SAINT-MALO

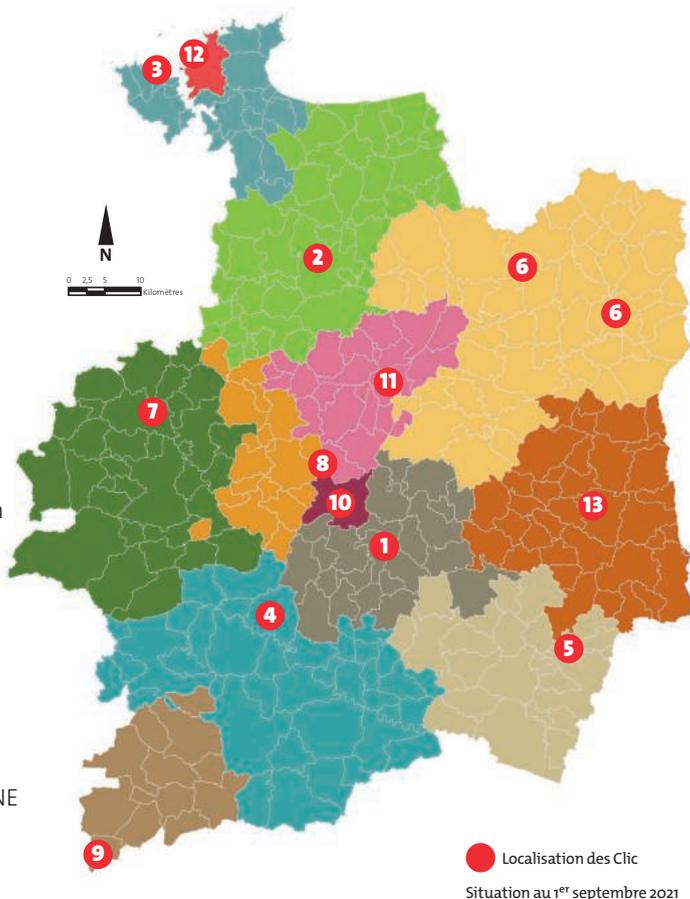
CLIC de Saint-Malo

1, place Anne-de-Bretagne
CS 21826
35418 SAINT-MALO CEDEX
02 23 18 58 00
ccas.clc@saint-malo.fr
www.ville-saint-malo.fr

13 VITRÉ

CLIC des Portes de Bretagne

4, jardins de la Trémoille
35500 VITRÉ
02 99 74 33 01
clic.vitrecommunaute@ccasvitre.fr
www.mairie-vitre.com



Sources : © Département d'Ille-et-Vilaine 2020 | ©IGN BD TOP-0® 2017 | Conception cartographique : DET - Observatoire et prospective (2020)



Pour connaître votre CLIC de rattachement :

www.ille-et-vilaine.fr/clic