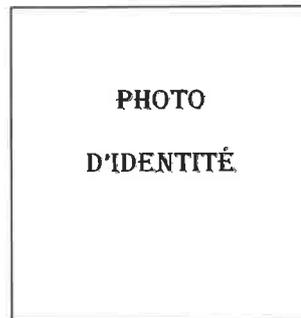


DOSSIER D'ADMISSION
FOYER DE VIE OCCUPATIONNEL
« LES CASCADES »



NOM :

PRÉNOM :

En vue :

D'un accueil Temporaire

D'une admission

I. ÉTAT CIVIL

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Adresse Mail :

Domicile de secours :

Sexe 1. F 2. M

Date de naissance/...../..... Lieu : Dépt :

Nationalité : 1 Française 2 Union Européenne 3 Autres :

Adhérent APF 1 OUI 2 NON

II. ORIGINE DU HANDICAP
(Données fournies par la personne elle-même)

Diagnostic :

Code APF :

Etiologie confirmée :

S'il s'agit d'un accident :

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Accident du travail (hors trajet) | 2. <input type="checkbox"/> Trajet travail |
| 3. <input type="checkbox"/> Accident de la circulation (hors trajet travail) | 4. <input type="checkbox"/> Accident domestique |
| 5. <input type="checkbox"/> Pratique d'un sport | 6. <input type="checkbox"/> Tentative de suicide |
| 7. <input type="checkbox"/> Autre, préciser | |

S'il s'agit d'une maladie :

1. Maladie évolutive 2. Non évolutive 3. Maladie orpheline

- Année de révélation (date du diagnostic ou d'apparition des troubles) :/...../.....

- Diagnostic connu de la famille : OUI NON

11.3 – Autres organismes prestataires réguliers

	OUI	NON	Nom organisme prestataire	N° Matricule
11.3.1 CAF				
11.3.2. Caisse de retraite principale				
11.3.3 Caisse de retraite complémentaire				
11.3.4 Conseil Départemental				
11.3.5 Compagnie d'assurance				

12 . MDPH ayant statué sur l'orientation de la personne handicapée, après 20 ans :
(Copie de la notification, obligatoire)

Adresse :

Téléphone :N° dossier :

13 . NOTIFICATIONS de la CDAPH :

Nature	OUI	NON	Date décision	Début	Fin	Permanente	Taux / Catégorie
1. CMI invalidité							
2. Allocation Adultes Handicapés (AAH)							
3. Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)							
4. Prestation de Compensation du Handicap (PCH)							
5. P.C.H Aide Humaine							
6. Reconnaissance de la Qualité de travailleur Handicapé							
7. CMI stationnement							

13 . NOTIFICATIONS de la CDAPH (suite) :

10. Orientation vers structures spécialisées	OUI	NON	Date décision	Début	Fin	En cours
10.1. Formation Professionnelle						
1.1 <input type="checkbox"/> Centre de pré-orientation						
1.2 <input type="checkbox"/> Centre de Rééducation Professionnelle						
10.2. Travail						
2.1 <input type="checkbox"/> Milieu ordinaire (dont entreprise adaptée)						
2.2 <input type="checkbox"/> Milieu protégé (ESAT)						
10.3. Hébergement						
3.1 <input type="checkbox"/> Définitif						
3.2 <input type="checkbox"/> Temporaire						
3.3 <input type="checkbox"/> Foyer de Vie						
3.4 <input type="checkbox"/> Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)						
3.5 <input type="checkbox"/> Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)						
3.6 <input type="checkbox"/> Foyer d'Hébergement pour travailleur Handicapé						
3.7 <input type="checkbox"/> APEA						
3.8 <input type="checkbox"/> Appartement Thérapeutique						
3.9 <input type="checkbox"/> Accueil de jour						
3.10 <input type="checkbox"/> Autres						
10.4 Orientation vers services						
4.1 <input type="checkbox"/> SAVS						
4.2 <input type="checkbox"/> SAMSAH						

14 . Natures et montants des ressources de la personne handicapée

RESSOURCES	MONTANT MENSEUL	DATE DE DÉBUT DE VERSEMENT
1.Prestations familiales		
2.Allocation d'Éducation de l'enfant handicapé		
2.1.Allocation de base		
2.2.Complément 1 ^{ère} catégorie		
2.3.Complément 2 ^{ème} catégorie		
2.4.Complément 3 ^{ème} catégorie		
2.5.Complément 4 ^{ème} catégorie		
2.6.Complément 5 ^{ème} catégorie		
2.7.Complément 6 ^{ème} catégorie		
2.8.Majoration spécifique pour parent isolé		
3.Allocation Adulte Handicapé		
4.Complément de ressources		
5.Majoration pour la vie autonome		
6.Allocation Logement / APL		
7.Indemnités Journalières		
8.Pension d'Invalidité 1 ^{ère} catégorie		
9.Pension d'Invalidité 2 ^{ème} catégorie		
10.Pension d'Invalidité 3 ^{ème} catégorie		
11. Rente Accident du Travail		
12.Allocation supplémentaire Invalidité		
13.Allocation supplémentaire Vieillesse		
14.Revenus salariés		
15.Pension alimentaire		
16.Indemnités de chômage		
17.Revenu de Solidarité Active		
18.Allocation Compensatrice Tierce Personne		
19.Majoration Tierce Personne		
20. Allocation Compensatrice frais professionnels		
21.Rente au titre de l'indemnisation d'un préjudice corporel		
22.Retraites		
23.Prestation de Compensation du Handicap Aide Humaine		
24.Autres :		

15 . Situation au moment de la demande :

L'utilisateur est :

- À domicile 1. Chez lui (elle) 2. Chez ses parents 3. Chez un enfant
 - 4. Autre domicile, précisez :
 - 5. Seul 6. En famille avec : Conjoint Parents
 - Enfants Autres
 - Suivi par service à domicile SAVS
 - SAMSAH
 - Autres

- Hospitalisé : 7. hôpital psychiatrique 8. Long ou moyen séjour
 - 9. S.S.R 10. Dans un autre service hospitalier

- En institution : 11. I.E.S 12. IMPro 13. I.M.E
 - 14. I.E.M 15. C.F.Pro 16. I.T.E.P
 - 17. Foyer de Vie 18. Foyer d'Hébergement
 - 19. Foyer d'Accueil Médicalisé 20. MAS
 - 21. Placement familial
 - 22. Autre institution pour enfant ou adulte handicapé
 -

16 . Scolarité :

- Cursus suivi, (antérieur ou actuel), un seul choix :
- 1. n'a pas été scolarisé
 - 2. en milieu ordinaire
 - 3. milieu tout ou partie spécialisée

17 . Niveau acquis :

- 1. aucun diplôme malgré scolarité ou formation professionnelle
- 2. Certificat d'études primaires 3. BEPC / BEP /CAP
- 4. BAC Général ou professionnel 5. Études supérieures

18 . La personne sait :

Ecrire : OUI NON

Lire : OUI NON

Compter : OUI NON

La personne téléphone seule : OUI NON

La personne gère son argent de poche seule : OUI NON

19 . Milieu de travail :

1. n'a jamais travaillé

2. Entreprise adaptée

3. Emploi réservé, (fonction publique)

4. En milieu ordinaire

5. En milieu protégé (ESAT)

6. Emploi ordinaire

IV – DÉFICIENCES MOTRICES

20 . Déficiences de la motilité volontaire des membres :

1. Des quatre membres 3. D'un seul membre inférieur 5. Des deux membres inf. & d'un membre sup.
2. Des membres inf. et sup. Du même côté 4. Des deux membres inférieurs 6. D'un ou deux membre(s) supérieur(s)

- 21 **Déficiences de la succion et / ou de la déglutition** 1. Oui 2. Non
- 22 **Déficiences de l'élocution et / ou de la phonation, (dysarthrie) :** 1. Oui 2. Non
- 23 **Absence de tout ou partie d'un ou plusieurs membres :** 1. Oui 2. Non
- 24 **Autres déformations :** 1. Oui 2. Non

Observation :

.....

.....

.....

V- DÉFICIENCES ASSOCIÉES

- 25 **Acuité visuelle :** 1. Aveugle 2. Malvoyant
3. Pas de trouble 4. Indéterminé, (ou non évaluable)

- 26 **Acuité auditive :** 1. Sourd 2. Malentendant
3. Pas de trouble 4. Indéterminé, (ou non évaluable)

- 27 **Déficiência cardiaque :** 1. Oui 2. Non 3. Donnée inconnue
- 28 **Déficiência respiratoire :** 1. Oui 2. Non 3. Donnée inconnue
- 29 **Déficiência trophique cutanée :** 1. Oui 2. Non 3. Donnée inconnue
- 30 **Déficiência intellectuelle :** 1. Oui 2. Non 3. Donnée inconnue
- 31 **Troubles du comportement :** 1. Oui 2. Non 3. Donnée inconnue

VI – DÉPENDANCE – CAPACITÉS / INCAPACITÉS

AIDES TECHNIQUES – APPAREILLAGE

32. Aide humaine, (habituellement nécessaire) 1 :

- Activité impossible = aide totale
- Supervision, incitation = aide partielle

ACTIVITÉ DE LA VIE QUOTIDIENNE	AIDE HUMAINE
1. Transfert a. Lever, (Exemple : passer du lit au fauteuil roulant) b. Coucher c. Bain ou douche d. W.C. e. Autres.....	<input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Minime <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale
2. Toilette a. Soins d'apparences, (visage, dents, coiffure, rasage...) b. Toilette du corps	<input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale
3. Habillage / déshabillage (Dont mise en place et retrait des appareils)	<input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale
4. Soins urinaires / Intestinaux a. Aide à la miction / aide pour incontinence, (sonde, change) b. Aide pour aller à la selle, (Hors transfert, change, geste spécifique ...)	<input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale
5. Repas a. Préparation b. Prise	<input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale
6. Déplacement Intérieur a. Déplacement sur sol plat b. Monter les escaliers c. Propulse un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Totale

¹Avant tout séjour dans l'établissement, une fiche complémentaire sera demandée pour préparer l'accueil.

33. Appareillage :

1. Oui 2. Non

Si oui, lesquels :

.....

.....

34. Aides techniques à la communication :

- | | | |
|---|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Aucune | 4. <input type="checkbox"/> Alphabet | 7. <input type="checkbox"/> Synthèse vocale |
| 2. <input type="checkbox"/> Bliss | 5. <input type="checkbox"/> Machine à écrire | 8. <input type="checkbox"/> Autre |
| 3. <input type="checkbox"/> Pictogramme | 6. <input type="checkbox"/> Ordinateur | |

35. Aides techniques au transfert :

1. Oui 2. Non

Si oui, lesquels :

.....

.....

36. Aides techniques à la toilette, plusieurs réponse possibles) :

1. Oui 2. Non

Si oui, lesquels :

.....

.....

37. Autres aides techniques : (préciser)

.....

38. Trachéotomie : 1. Oui 2. Non

39. Assistance respiratoire :

1. Aucune
2. Préventive (Bird)
3. Substitutive intermittente
4. Substitutive permanent

40. Moyen de déplacement / déambulation le plus habituel :

1. Aucune aide technique
2. Avec une ou des cannes
3. Avec déambulateur/rollator
4. Avec une flèche
5. Avec un fauteuil roulant manuel
6. Avec un fauteuil roulant électrique
7. Avec un tricycle
8. Autres
9. Périmètre de déplacement sans accompagnement :

.....

10. Observations spécifiques (sécurité, habitudes, etc...)

.....

41. Moyen de transport les plus habituels :

	OUI	NON	OBSERVATIONS
1.Transport collectif ordinaire	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	
2.Tansport collectif spécialisé	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	
3.Transport individuel ordinaire	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	
4.Transport individuel adapté	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	
5.Aucun moyen	<input type="checkbox"/>		
6.Autres	<input type="checkbox"/>		

42. Permis de conduire : 1. OUI Date de validité / / 2. NON
 Lequel

• Aménagement de véhicule 1. 2. NON

Observations

.....

.....

CONSEILS D'UTILISATION

Le dossier doit être complété et accompagné des documents suivants :

- Photocopie de la notification M.D.P.H d'orientation en Foyer de Vie (**Obligatoire**).
- Photocopies des notifications d'attribution des ressources, (A.A.H, Pension d'Invalidité, Rente, A.C.T.P, P.C.H ...).
- Photocopie de la CMI Invalidité.
- Photocopie de la Carte d'Identité.
- Dossier médical.

Puis adresser le **dossier complet** au directeur de l'établissement.

Tout dossier incomplet ne pourra pas être étudié par la commission d'admission.

Les informations vous concernant que vous donnez aux travailleurs sociaux font l'objet d'un dossier informatisé auquel vous avez accès sur simple demande. Les informations conservées sont destinées aux seuls services de l'APF France HANDICAP.

Conformément à la loi du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'opposition et de rectification.

