



Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adulte



12688*01

1 – Identification de la demande

Première demande

Ré-examen

Renouvellement – date d'échéance :

Orientation vers un établissement médico-social

Orientation vers un service médico-social

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : _____

2 – Identifiez la personne concernée par la demande

Nom de naissance : _____

Nom d'époux(se) : _____

Prénom : _____

N° de sécurité sociale de la personne concernée par la demande :

3 – Situation actuelle du demandeur

Êtes-vous accueilli(e) ou accompagné(e) par un établissement ou un service ? OUI NON

• Si OUI, précisez par quel(s) type(s) de prise en charge ?

De jour (5 jours par semaine)

Jour et nuit à temps plein

Accueil temporaire

De jour (moins de 5 jours par semaine)

Jour et nuit à temps partiel

• Si OUI, précisez par quel(s) type(s) d'établissement ou de service ?

IME (Institut Médico-Educatif)

ITEP (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique)

IEM (Institut d'Education Motrice)

MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)

FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)

Foyer de vie ou occupationnel

Foyer d'hébergement pour travailleur handicapé

SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées)

SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)

Autre, veuillez préciser : _____

Adresse : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : Commune : _____

• Si NON, êtes-vous : à votre domicile

hébergé(e) par un accueil familial agréé

Travaillez-vous actuellement ? OUI NON

• Si OUI, quelles sont les coordonnées de votre employeur ?

Nom : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone :

AS021361 (0607) - liasse 1 (quadril)



Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adulte

4 – Situation souhaitée par le demandeur

Souhaiteriez-vous être accueilli(e) ou accompagné(e) par un établissement ou service médico-social ?

• Si OUI, précisez par quel(s) type(s) de prise en charge ?

- De jour (5 jours par semaine) Jour et nuit à temps plein Accueil temporaire
 De jour (moins de 5 jours par semaine) Jour et nuit à temps partiel

• Précisez par quel(s) type(s) d'établissement ou de service ?

- MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)
 FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)
 Foyer de vie ou occupationnel
 Foyer d'hébergement pour travailleur handicapé
 SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées)
 SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
 Autre, veuillez préciser : _____

A partir de quelle date :

Avez-vous une préférence pour un établissement ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Nom : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone :

5 – Procédure simplifiée

La procédure simplifiée permet de soumettre votre dossier à une formation « restreinte » de la Commission des Droits et de l'Autonomie plénière, comptant moins de membres mais se réunissant plus souvent que sa formation plénière.

Elle permet donc un traitement plus rapide des dossiers les plus couramment rencontrés. La qualité de leur étude par l'équipe pluridisciplinaire demeure toutefois approfondie. En revanche, vous ne serez pas reçu par les membres de la Commission pour présenter votre demande.

Vous pouvez vous opposer à ce que votre dossier fasse l'objet de cette procédure simplifiée.

Dans ce cas, vous devez cocher la case suivante :

Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

6 – Date et lieu de la déclaration

Fait à : _____ Le :

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (*Article L 114-13 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles*).

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 rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.



Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adulte

7 – Pièces à joindre

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

► **Pièces obligatoires (communes à l'ensemble des demandes du dossier) :**

Certificat médical, rempli par votre médecin traitant et daté de moins de 3 mois

Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen* :

Photocopie lisible : de la carte nationale d'identité
 ou du livret de famille
 ou du passeport
 ou un extrait d'acte de naissance

Si vous êtes ressortissant d'un état hors de l'espace économique européen* :

Photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité

Si vous êtes sous tutelle ou curatelle :

Attestation du jugement de tutelle ou curatelle – sauvegarde de justice

Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer...)

* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.

