



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Logement de transition,
autonome, en ville

Expérimentez la vie en
appartement

Évaluez votre
autonomie



Dossier rempli par.....

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Je suis actuellement accompagné(e) par orghandi
(aller directement à la page 6)

NOM _____ PRENOM _____

Date de naissance ___/___/___ Lieu _____

Adresse _____

Téléphone fixe _____ Portable _____

E-mail _____

Situation de famille :

- Célibataire Marié (e), Pacsé (e), Vie maritale
 Séparé (e) Divorcé (e) Veuf (ve)

Nom/Prénom	Age	Lien de parenté	Domicile

n° de SECURITE SOCIALE : _____

CPAM MSA Autres : _____

Mutuelle : _____

Situation professionnelle :

Étudiant, salarié, en invalidité, travailleur esat, retraité

CAF :

N° d'allocataire CAF _____

Mesure de Protection : Oui Non

si oui :

- Curatelle simple Curatelle renforcée Tutelle
 Autres

Coordonnées du responsable légal :

MDPH :

Orientation : Foyer Occupationnel

Foyer d'Accueil Médicalisé

Maison d'Accueil Spécialisée

du _____ au _____

AAH : du _____ au _____

SAVS/SAMSAH : du _____ au _____

PCDH aides humaines : du _____ au _____

Carte d'Invalidité : du _____ au _____

RESEAU : QUELS PROFESSIONNELS VOUS ACCOMPAGNENT AU QUOTIDIEN ? (Aide à domicile, Aide Soignant...)

Nom / Service	Coordonnées

MON RYTHME DE VIE :

Comment s'organise une journée ?



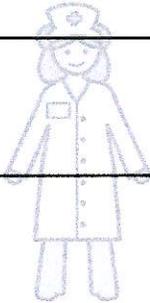
Qui vous a orienté vers nos services ?

SANTE :

Nom de la maladie ou du handicap principal : -----

Année d'apparition : -----

PROFESSIONNELS DE LA SANTE :

Spécialité	Nom et Coordonnées
Médecin traitant	
Kinésithérapeute	
Infirmier(e)	
Médecin spécialiste	
Médecin spécialiste	
autre	

Ma Vie

Ma situation actuelle

J'ai besoin d'aide pour :

Les actes de la vie quotidienne :

- Me lever, me coucher
- Me laver
- M'habiller, me déshabiller
- Préparer mes repas
- Faire ma toilette

Mes déplacements :

- Marcher
- Me déplacer en fauteuil
- Faire des transferts

Autres :

- L'entretien du logement
- Communiquer
- Gérer mon budget
- Faire des achats
- Organiser mes rendez-vous
- Gérer mon traitement médicamenteux

Quotidienne

Mes souhaits et mes attentes

Je voudrais :

- Evaluer/Réajuster les aides dont j'ai besoin
- Etre aidé dans l'organisation de ma vie quotidienne (aides à domicile,...)
- Etre aidé dans la gestion de mon traitement médicamenteux
- Mettre en place un matériel spécifique (barre d'appui, lève...)
- Etre conseillé dans la gestion de mon budget
- Autres :

.....

.....

.....

.....

Ma santé et mon accompagnement

Ma situation actuelle

- Je suis accompagné(e) par :*
- Je n'ai pas de suivi spécifique
 - J'ai des problèmes de santé actuellement :
 - Fonction digestive (vomissements, constipation)
 - Difficultés alimentaires (déglutition, mastication, fausses routes...)
 - Fonction respiratoire (difficultés respiratoires...)
 - Cardio-vasculaire
 - Génito-urinaire (incontinences, sondages...)
 - Motrice (déformations, mouvements anormaux...)
 - Sensorielle (voir et entendre)
 - Difficulté pour parler
 - Cutanée (escarres, allergies...)
 - Psychologique (anxiété, deuils, dépression ...)
 - J'ai des douleurs
 - J'ai des troubles du sommeil
 - Je suis hospitalisé(e) régulièrement



Ma situation actuelle

- J'ai du matériel spécifique :
- Fauteuil roulant manuel ou électrique
 - Cannes
 - Chaussures orthopédiques
 - Autres.....



Mes souhaits et mes attentes

Je voudrais :

- Une aide pour faire du lien avec les différents professionnels de la santé (orthophoniste, kinésithérapeute, infirmière, aide soignant, médecin traitant...)
- Une aide pour mettre en place des soins (orthophoniste, kinésithérapeute, infirmière, aide soignant...)
- Un accompagnement pour améliorer mon matériel spécifique
- Un soutien psychologique
- Autres :

Mon

Logement

Ma situation actuelle

Je vis :

- Chez moi
- Chez mes parents
- Chez des ami(e)s
- Autres :



Mon logement est accessible : oui non

Si votre logement n'est pas accessible, quelles sont les difficultés rencontrées ?

.....

.....

.....

Mes souhaits et mes attentes

Je voudrais :

- Faciliter mes déplacements (intérieur et extérieur)
- Déménager
- Trouver un autre mode d'hébergement
- Autres :

.....

.....

.....



Mes Déplacements : Transports et Accessibilité

Ma situation actuelle

Pour mes déplacements, j'utilise :

- Les transports en commun
- Le taxi/ les ambulances
- Un véhicule personnel
- Aucun transport
- Autres :



Quels sont les difficultés rencontrées ?

- Le financement de mes transports
- L'éloignement
- L'inaccessibilité (trottoirs, chemins, rues...)
- L'inaccessibilité des services publics, privés
- La difficulté ou l'impossibilité de se stationner
- Autres :

.....

Mes souhaits et mes attentes

Je voudrais :

- Un transport spécialisé en fonction de mes besoins (horaires, disponibilité, coût, siège auto adapté...)
- Le besoin d'un accompagnateur
- Une aide au financement
- Un accès aux commerces
- Un accès aux loisirs
- Autres :

.....

.....

.....

.....



Mes Loisirs

Ma situation actuelle

Comment occupez vous votre temps libre à la maison :

- Télévision
- Radio
- lecture
- Informatique
- Activités manuelles et artistiques
- Autres.....

.....



A l'extérieur de la maison :

- Je sors de la maison :
 - Je fréquente un Accueil de Jour
 - Je pratique une activité sportive
 - J'ai des activités culturelles (cinéma, musée, ...)
 - Je pars en vacances
 - Je fais des sorties avec des ami(e)s, avec ma famille
- Je ne sors rarement / jamais de la maison
- Je ne ressens pas le besoin de sortir de la maison

Mes souhaits et mes attentes

Je voudrais :

- Etre accompagné d'une personne pour accéder à mes loisirs
- Rechercher un Accueil de Jour
- Effectuer des loisirs (sportifs, culturels, ...)
- Rechercher une aide financière pour mes loisirs
- Autres :

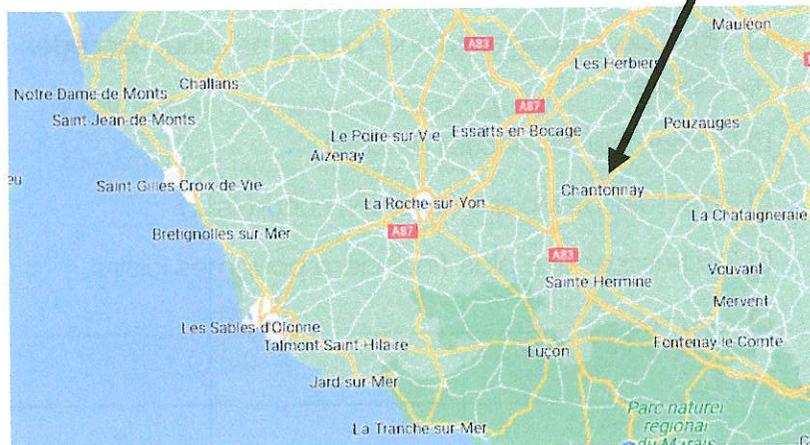
.....
.....
.....



Pièces à fournir pour l'étude de votre dossier par la commission d'admission :

- Notification d'orientation MDPH SAVS/SAMSAH ou FV/FAM

Logement de transition



Le _____

Signature du demandeur

Les informations recueillies sont nécessaires à l'étude de votre admission. Elles font l'objet d'une traitement informatique et sont destinées aux membres de la commission d'admission de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez adresser votre demande à l'adresse rgpd@orghandi.org.

SAVS-SAMSAH orghandi
Rue de Châteaubriand
85110 SAINT GERMAIN DE PRINCAY
Téléphone : 02.51.40.40.27 - fax : 02.51.40.40.53
savs.samsah@orghandi.org