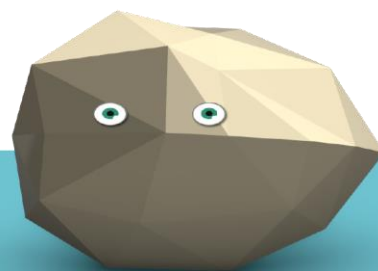


DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION  
EN  
ETABLISSEMENT ET SERVICE MEDICO-SOCIAUX  
POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

AFTC Alsace





## DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ESMS – AFTC ALSACE

Le dossier unique de demande d'admission en établissement et service pour personne en situation de handicap vise à simplifier le processus d'admission.

Dorénavant, il vous sera demandé une information unique quel que soit l'établissement ou le service que vous sollicitez.

Le dossier est à remplir une seule fois et à envoyer par mail aux adresses mails de l'établissement et/ou le service sollicité :

- Pour l'Accueil de Jour : [accueildejour@aftcam.org](mailto:accueildejour@aftcam.org)
- Pour le SAMSAH : [samsah@aftcam.org](mailto:samsah@aftcam.org)

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

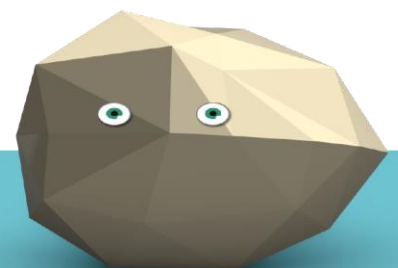
L'établissement ou service sollicité s'engage à vous apporter une réponse dans les 6 mois suivant le dépôt de candidature.

Le dossier se centre sur et pour la personne en situation de handicap. Ce dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de dossier pas suffisamment complet, nous nous permettrons de vous renvoyer le dossier en précisant les éléments manquants pour analyse en commission.

### Sommaire

1. Volet Administratif
2. Volet Parcours Personnel
3. Volet Autonomie

Les trois volets: administratif, parcours personnel et autonomie, sont renseignés par le demandeur ou toute personne habilitée à le faire (famille, tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux, etc...).





## DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ESMS – AFTC ALSACE

### ▪ Glossaire

MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées

CDAPH Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

ESMS Etablissements et Services Médico Sociaux

### Listes des établissements médicosociaux

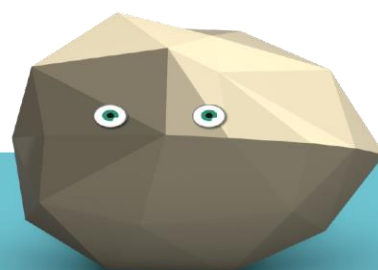
Centre d'accueil médicosocial précoce (**CAMSP**), Centre médico psycho pédagogique (**CMPP**), Institut médico éducatif (**IME**), Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (**ITEP**), Institut d'éducation motrice (**IEM**), Etablissement pour enfants ou adolescent polyhandicapée (**EEAP**), Institut pour déficient auditif (**IDA**), Institut pour déficients visuels (**IDV**), Bureau d'aide psychologique universitaire (**BAPU**), Maison d'accueil spécialisée (**MAS**), Foyer d'accueil médicalisé (**FAM**), Foyer d'accueil spécialisé (**FAS**), Foyer d'hébergement pour travailleur handicapé (**FHTH**), Etablissement et service d'aide par le travail (**ESAT**), Centre de pré orientation (**CPO**), centre de rééducation professionnel (**CRP**)

### Listes des services médicosociaux

Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (**SESSAD**), Service d'accompagnement médico social pour adultes handicapés (**SAMSAH**), Service d'accompagnement à la vie sociale (**SAVS**), Service de soins infirmiers à domicile (**SSIAD**), Service polyvalent aide et soins à domicile (**SPASAD**), Service d'aide à domicile (**SAAD**)

### Listes des établissements sanitaires

Hôpital, Hôpital de jour, Hospitalisation à domicile (**HAD**), Centre médico pédagogique (CMP), UGECAM





## VOLET ADMINISTRATIF

### 1. Identification (informations concernant le demandeur, bénéficiaire d'une orientation MDPH)

#### ▪ Etat civil

Civilité (cocher la case correspondante)  Madame  Monsieur

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Nom d'usage (si différent) \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Lieu de naissance Code postal \_\_\_\_\_

Commune \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

#### ▪ Situation familiale

Situation de famille (cocher la case correspondante)  Célibataire  Marié.e  Pacsé.e  Vie maritale  
 Séparé.e  Divorcé.e  Veuf.ve

Nombre d'enfant(s) \_\_\_\_\_ Dont nombre d'enfant(s) à charge \_\_\_\_\_

Nombre de frère(s) et sœur(s) \_\_\_\_\_ Nombre de personne(s) en situation de handicap \_\_\_\_\_

#### ▪ Renseignements administratifs et décision de la MDPH

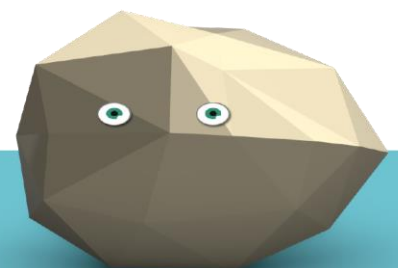
N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

N° de dossier MDPH \_\_\_\_\_

Orientations de la MDPH (préciser les établissement(s) ou service(s) et **joindre une copie de la notification**)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date d'effet de la décision \_\_\_\_\_

Date de fin de décision \_\_\_\_\_





## 2. Lieu de résidence

### ▪ Vous résidez actuellement (cocher la ou les cases correspondantes)

- Domicile personnel
- Domicile familial  Mère  Père  Les deux  Autre
- Structure médicosociale Depuis le \_\_\_\_\_  
Personne contact \_\_\_\_\_
- Structure sanitaire Depuis le \_\_\_\_\_  
Personne contact \_\_\_\_\_
- Autre, préciser (ex : hôtel, famille d'accueil) \_\_\_\_\_

### ▪ Adresse du lieu de résidence

Adresse \_\_\_\_\_

Complément d'adresse \_\_\_\_\_

Commune / code postal \_\_\_\_\_

Département \_\_\_\_\_

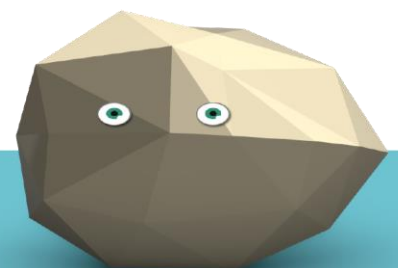
N° de téléphone \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## 3. Mesure de protection

### ▪ Mesure de protection juridique des majeurs

- Une mesure de protection juridique est-elle en place ?  Oui  Non  
*(cocher la case correspondante)*
- Si oui, ou demande en cours, s'agit-il d'une  En cours  
*(cocher la case correspondante)*
- Tutelle
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée
- Sauvegarde de justice
- Coordonnées de la mesure si déjà en place
- Prénom et nom \_\_\_\_\_
- Adresse mail et téléphone \_\_\_\_\_



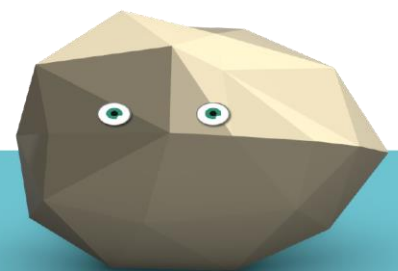


#### 4. Personnes à contacter

Liens ( <i>parents, tuteurs, etc.</i> )	_____	Liens ( <i>parents, tuteurs, etc.</i> )	_____
Prénom	_____	Prénom	_____
Nom	_____	Nom	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
	_____		_____
Code postal	_____	Code postal	_____
Commune	_____	Commune	_____
Département	_____	Département	_____
N° de téléphone	_____	N° de téléphone	_____
E-mail	_____	E-mail	_____

Personne de confiance, si vous en avez une

Prénom	_____
Nom	_____
Adresse	_____
Code postal	_____
Commune	_____
Département	_____
N° de téléphone	_____
E-mail	_____





## 5. Situation actuelle

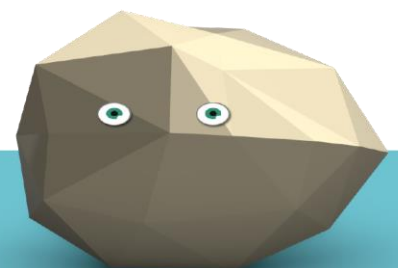
Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les cases correspondantes

▪ <b>Accompagnement</b>	▪ <b>Formation / Emploi</b>
<input type="checkbox"/> Accueilli.e en famille d'accueil	<input type="checkbox"/> En formation professionnelle
<input type="checkbox"/> Accompagné.e par un service médicosocial	<input type="checkbox"/> Exerce une activité professionnelle
<input type="checkbox"/> Accompagné.e par un établissement médicosocial	<input type="checkbox"/> En recherche d'activité professionnelle
<input type="checkbox"/> Hospitalisé.e en établissement sanitaire	<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle
<input type="checkbox"/> Sans accueil ni accompagnement	<input type="checkbox"/> Retraité.e
<input type="checkbox"/> Accompagné.e par des professionnel.le.s libéraux	<input type="checkbox"/> Autre, préciser _____
<input type="checkbox"/> Autre, préciser _____	_____
_____	_____
_____	Adresse du lieu de travail et / ou de formation
_____	_____

### ▪ **Médecins qui vous suivent habituellement**

Médecin traitant

Prénom	_____
Nom	_____
Adresse	_____
	_____
Code postal	_____
Commune	_____
Département	_____
N° de téléphone	_____
E-mail	_____





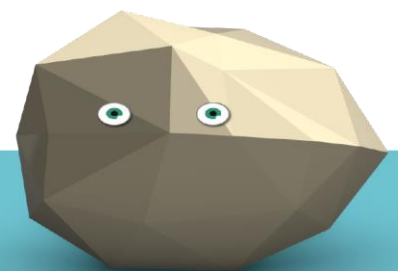
Médecins spécialistes

(ex : neurologue, psychiatre, endocrinologue, gynécologue, urologue, etc.)

Prénom et nom	_____
Spécialité	_____
Adresse	_____
	_____
Code postal	_____
Commune	_____
Département	_____
N° de téléphone	_____
E-mail	_____

Prénom et nom	_____
Spécialité	_____
Adresse	_____
	_____
Code postal	_____
Commune	_____
Département	_____
N° de téléphone	_____
E-mail	_____

Prénom et nom	_____
Spécialité	_____
Adresse	_____
	_____
Code postal	_____
Commune	_____
Département	_____
N° de téléphone	_____
E-mail	_____







Prénom et nom	_____
Spécialité	_____
Adresse	_____
	_____
Code postal	_____
Commune	_____
Département	_____
N° de téléphone	_____
E-mail	_____

Commentaires

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

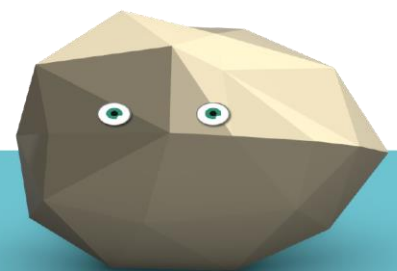
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## Volet Parcours Personnel

### 6. Structures fréquentées actuellement

#### ▪ Etablissements et / ou services

*Dans le cadre où il y a un suivi et/ou accueil par plusieurs établissements et/ou services, merci de les préciser*

Nom de l'établissement / service médicosocial ou sanitaire fréquenté actuellement (n°1)

\_\_\_\_\_

Type d'ESMS

Adresse

Code postal

Commune

Département

N° téléphone

E-mail

Date d'entrée

Personne contact dans l'ESMS

Nom de l'établissement / service médicosocial ou sanitaire fréquenté actuellement (n°2)

\_\_\_\_\_

Type d'ESMS

Adresse

Code postal

Commune

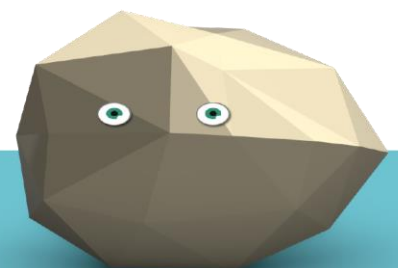
Département

N° téléphone

E-mail

Date d'entrée

Personne contact dans l'ESMS





Nom de l'établissement / service médicosocial ou sanitaire fréquenté actuellement (**n°3**)

---

Type d'ESMS 

---

Adresse 

---

---

Code postal 

---

Commune 

---

Département 

---

N° téléphone 

---

E-mail 

---

Date d'entrée 

---

Personne contact dans l'ESMS 

---

Commentaires

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

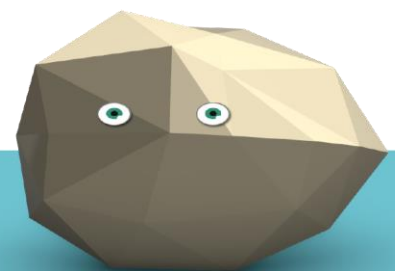
---

---

---

---

---





## 7. Parcours de vie

Pour chaque période du parcours de vie, décrivez les étapes clés et les réponses mises en œuvre

- **Scolarité, durée, dates, niveau, diplômes**

---

---

---

---

---

- **Emploi(s) précédent(s), durée, dates, employeurs, postes occupés**

---

---

---

---

---

---

- **Hospitalisation(s) ou accueil(s) en structure(s) antérieure(s)**

*(préciser ici, l'origine du traumatisme crânien, avc, autre ...)*

---

---

---

---

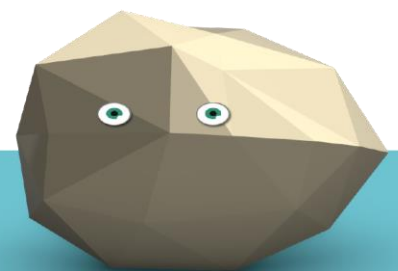
---

---

Personne contact dans la ou les structures concernée

---

---





## Projet de vie et attentes

- Décrivez votre projet de vie ou celui de votre proche

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Décrivez vos attentes ou celles de votre proche concernant l'établissement et/ou service sollicité

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

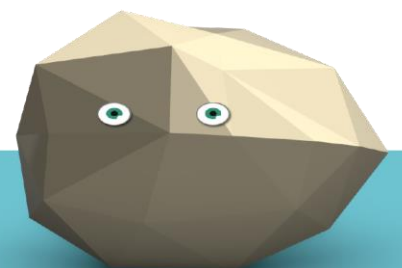
---

---

---

---

---





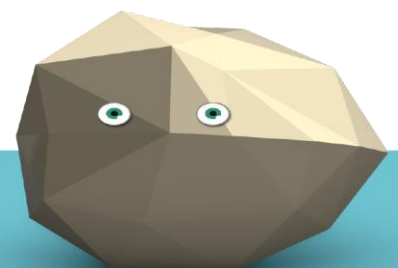
## Volet autonomie

### 8. Autonomie

Soins personnels	Seule	Aide partielle	Aide totale
Hygiène du corps			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination, aller au WC			
Prendre ses repas (boire, manger)			
Gérer son repos quotidien			

Mobilité	Seule	Aide partielle	Aide totale
Faire ses transferts (ex : lit vers fauteuil, etc.)			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser des escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

Exigence générale et relation avec autrui	Pas de difficultés	Difficultés moyennes	Ne fait pas
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension des consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie / société			
Relations avec autrui			

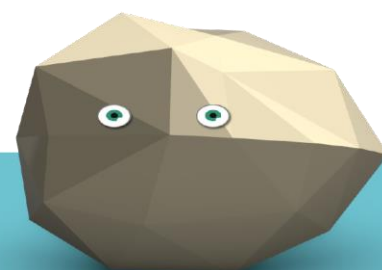




Vie domestique et courante	Oui	Non	Avec Aide
Gérer son traitement ( <i>médicament, ou autre</i> )			
Faire ses courses			
Préparer un repas			
Entretien du linge, vêtements			
Faire son ménage			
Gérer son budget			
Gérer son planning			
Participer à des activités ( <i>sportives, culturelles, sorties, etc.</i> )			

Fonctions sensorielles	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Ouïe			
Vue			

Prise en charge	Oui	Non	Fréquence		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Consultations médicales					
Hospitalisation programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapie					
Orthophonie					
Ergothérapie					
Pédicure					
Autre :					





▪ **Aides techniques**

- Canne                       Déambulateur       Fauteuil roulant manuel       Prothèse ou orthèse  
 Lit médicalisé       Rollator               Fauteuil roulant électrique       Appareil auditif

Autre, préciser \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observations

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La personne concernée par le dossier a-t-elle participé au remplissage du dossier     OUI     NON

Si non, la personne concernée a-t-elle été informée de ce dépôt de candidature     OUI     NON

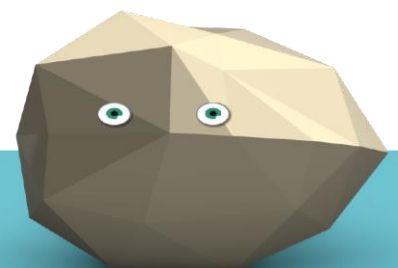
Date de la demande

Signature de la personne concernée et/ou de son représentant légal

Prénom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_







## DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ESMS – AFTC ALSACE

### ▪ Liste des pièces à joindre au dossier

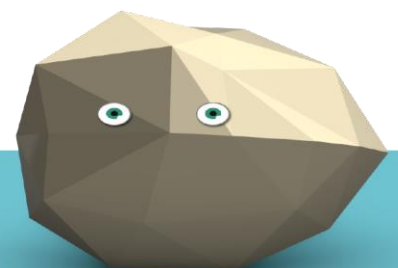
- Copie de la pièce d'identité
- Carte mobilité inclusion, s'il y en a une
- Copie de la notification MDPH pour l'établissement et/ou service sollicité
- Copie de l'attestation de sécurité sociale
- Copie du jugement de mise sous mesure de protection, s'il y a
- Eventuellement, copie du certificat médical joint avec le CERFA MDPH

### ▪ Confidentialité des informations relatives à la demande

Les données transmises dans le présent dossier sont protégées par le principe de confidentialité. Elles seront lues par les responsables de l'établissement et/ou du service et présentées uniquement dans le cadre de la commission d'admission.

Tous les professionnel.le.s faisant parti.e.s de cette commission sont tenu.e.s par le secret professionnel.

En cas de décision « non admissible » le présent dossier sera supprimé au bout d'une année.





## DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ESMS – AFTC ALSACE

### ▪ **Accusé de réception**

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

Dossier réceptionné le \_\_\_\_\_

Prénom et nom du candidat \_\_\_\_\_

ESMS sollicité \_\_\_\_\_

Nom du chef de service \_\_\_\_\_

Adresse de la structure \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Commune \_\_\_\_\_

N° téléphone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

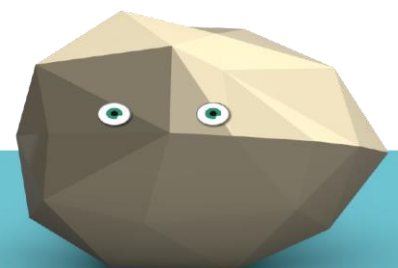
Dossier complet

Dossier incomplet

Pièce(s) manquante(s)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait, le  
A,  
Signature et tampon





## DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ESMS – AFTC ALSACE

### ▪ Réponse à la demande d'admission

La réponse à la demande d'admission est à remplir par l'établissement et/ou service qui est sollicité dans un délai maximum de 6 mois à compter de la réception de la demande. La copie signée par le responsable de l'établissement et/ou service sera adressée au bénéficiaire de la demande d'admission et/ou à son représentant légal

Dossier réceptionné le \_\_\_\_\_

Prénom et nom du candidat \_\_\_\_\_

ESMS sollicité \_\_\_\_\_

Nom du chef de service \_\_\_\_\_

Adresse de la structure \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Commune \_\_\_\_\_

N° téléphone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### ▪ Décision

- Admis
- Admissible, sur liste d'attente
- Non admissible

Raison de la décision « non admissible »

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait, le  
A,  
Signature et tampon

