

DOSSIER DE CANDIDATURE

RESIDENCE « TERRO FLOURIDO »

2 rue Pierre Poisson 84000 AVIGNON



NOM, Prénom :

Votre demande concerne

Hébergement

Accueil temporaire

Accueil de Jour

Cadre réservé à l'établissement Reçu le :

N° :

N° :

N° :

Madame, Monsieur,

Vous nous avez fait part de votre désir d'intégrer le Foyer d'Accueil Médicalisé « **Terro Flourido** » afin de bénéficier d'un accompagnement en hébergement, en accueil temporaire ou en accueil de jour.

Faisant suite à votre demande, nous vous faisons parvenir un dossier de candidature, à remplir le plus précisément possible afin d'étudier au mieux votre projet.

L'entrée dans l'établissement étant soumise à la décision d'orientation de la Commission des Droits et de l'autonomie des Personnes Handicapées (MDPH), pensez à vérifier dès à présent votre **type d'orientation ainsi que sa durée de validité**.

Restant à votre disposition pour tout autre renseignement, vous pouvez contacter Madame COSSEC, chargée de projets :

FAM « Terro Flourido »
2 rue Pierre Poisson
84000 AVIGNON
Tél : 04 90 89 00 00 / 06 30 47 16 41
Mail : at.fam-84@apf.asso.fr

Dans l'attente d'une première rencontre, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos respectueuses salutations.

Le Directeur,
Laurent HEMERY

PROCEDURE ADMISSION

1. Constitution du dossier de candidature

- Dossier de candidature
- Résumé du Dossier Médical
- Photocopie de la carte d'identité
- Notification d'orientation
- Attestation Sécurité Sociale
- Bilan

2. Etude du dossier

Lorsque le dossier est réputé complet, il est étudié par le Directeur du F.A.M et une commission d'admission.

3. Entretien préalable

Si le dossier est validé en commission, un entretien avec le candidat (accompagné de sa famille (2 personnes maximum) et/ou de son représentant légal et/ou de l'équipe accompagnante) et les professionnels du FAM est proposé. Celui-ci sera suivi par une visite des locaux.

4. Eclairé de cet entretien, le Directeur du F.A.M prononce

- Soit le refus de la candidature (fin de la procédure).
- Soit une période d'adaptation et d'évaluation de 1 semaine.

Durant ce temps, l'établissement et le nouveau résident sont libres d'interrompre à tout moment le séjour pour inadaptation avérée.

Vous recevrez les documents à nous retourner ainsi que la facture correspondante au forfait journalier* de votre séjour qui reste à votre charge soit 20€/jour** (si accord de l'aide sociale) qu'il vous faudra régler **avant votre arrivée**.

Les documents à fournir

Avant votre arrivée :

- Justificatif du CCAS (de votre domicile) de demande d'aide sociale
- Copie ordonnances en cours (médicaments, location matériel, kiné, ...)

Lors de votre venue :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte invalidité | <input type="checkbox"/> Ordonnance en cours (médicaments, location matériel, kiné, ...) |
| <input type="checkbox"/> La carte Vitale | <input type="checkbox"/> Personne de confiance (CERFA) |
| <input type="checkbox"/> La carte de mutuelle | <input type="checkbox"/> Traitement pour la période du séjour |
| <input type="checkbox"/> L'attestation s'il y a lieu de la CMU | <input type="checkbox"/> Photocopie du carnet de santé + vaccinations |
| <input type="checkbox"/> Photocopie du jugement de tutelle | <input type="checkbox"/> Autorisation d'opérer |
| <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile | <input type="checkbox"/> Autorisation droit à l'image |
| <input type="checkbox"/> Fiche de liaison en cas d'hospitalisation | |
| <input type="checkbox"/> Questionnaire hospitalisation | |

* uniquement pour un accueil de jour ou accueil temporaire

** sous réserve de modification du forfait hospitalier

ETAT CIVIL

Nom : Prénom :

Téléphone fixe : Portable :

Mail :

Sexe : M F

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu : Département :

Nationalité : Française Autre :

LOGEMENT

A domicile Chez lui /elle Chez un parent

Chez un enfant Autre

Contact et adresse :

Hospitalisé Long ou moyen séjour Autre

CRF Rééducation

Contact et adresse :

En établissement ou suivi par un service : Foyer de vie MAS

IME FAM

Autre

Contact et Adresse :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Union libre Veuf(ve) Divorcé(e)/séparé(e) PACS

Composition de la famille :

Nom, Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Observations

PARCOURS

- Scolarité :** En milieu ordinaire En milieu spécialisé
- Niveau acquis :** Primaire BEPC / BEP / CAP Bac général ou professionnel
 Aucun diplôme Études supérieures
- Milieu de travail :** N'a jamais travaillé Emplois occupés :

MESURE DE PROTECTION

- Oui Non Demande de mesure en cours
- Tutelle Curatelle Curatelle renforcée Sauvegarde de justice

Date de décision :

Cette mesure est exercée par : Famille Organisme Autre

Contact :

Nom, Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail :

ORIENTATION

MDPH ayant statué sur l'orientation :

N° de dossier :

Adresse :

TYPE D'ORIENTATION OBTENUE DE LA CDAPH

***Copie de la notification à joindre au dossier**

	Type d'orientation*	Date de décision CDA	Période d'attribution
Hébergement			
Accueil temporaire			
Accueil de Jour			

ORIGINE DU HANDICAP

Pathologie :

S'agit-il d'un accident ? Oui Non

De quel type ?

S'agit-il d'une maladie ? Oui Non
 Evolutive Non évolutive

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

AUTRES INFORMATIONS

Taille : Poids :

Main dominante : Gauche Droite

Régime alimentaire spécial : Sans viande Sans gluten Autre :
 Texture spéciale

EVALUATION DE L'AUTONOMIE

Difficultés motrices :

- des 4 membres
 des 2 membres inférieurs des 2 membres supérieurs des 2 membres du même côté
 d'un seul membre inférieur d'un seul membre supérieur
 autre :

Moyen de déplacement habituel :

	INTERIEUR	EXTERIEUR	AIDE PARTIELLE NECESSAIRE	AIDE TOTAL NECESSAIRE
Aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Difficultés de l'élocution et de la parole : Aucune ou légère Importante

Aides techniques à la communication : Oui Non

Lesquelles :

Difficultés visuelles : Aucune Mal voyant Non voyant

Aides techniques :

Difficultés auditives : Aucune Mal entendant Surdité (totale)

Aides techniques :

Difficultés comportementale : Aucune Difficultés légères Difficultés majeures

Trouble de l'humeur

Trouble de la mémoire

Trouble de l'attention

Trouble de l'orientation temporospatiale

Fatigabilité :

Oui

Non

Indéterminée

BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT

Transfert : Avec aide technique Sans aide technique

Lève-personne

Verticalisateur

Guidon de transfert

Autres :

Actes de la vie quotidienne

Aide humaine	Sans	Partielle	Totale	Observations
Soins d'apparence (visage, dents, coiffure, rasage...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilette corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Habillage / déshabillage (dont mise en place et retrait des appareils)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prise des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HABITUDES DE VIE

	Réveil	
	Toilette	
	Transfert	
	Habillage	
	Élimination	
	Petit déjeuner	
	Repas	
	Goûter	
	Coucher	
	Nuit	

Comportements habituels

Points de vigilance



Autres

INTERVENANTS EXTERIEURS

Médecin traitant

Nom : _____ Adresse : _____
Prénom : _____
Téléphone : _____
Mail : _____ Code postal : _____
Ville : _____

Médecin spécialisé

Nom : _____ Adresse : _____
Prénom : _____
Téléphone : _____ Code postal : _____
Mail : _____ Ville : _____

Kinésithérapeute

Nom : _____ Adresse : _____
Prénom : _____
Téléphone : _____ Code postal : _____
Mail : _____ Ville : _____

Infirmière

Nom : _____ Adresse : _____
Prénom : _____
Téléphone : _____ Code postal : _____
Mail : _____ Ville : _____

Service aide humaine

Nom : _____ Adresse : _____
Prénom : _____
Téléphone : _____ Code postal : _____
Mail : _____ Ville : _____

Aide-ménagère

Nom : _____ Adresse : _____
Prénom : _____
Téléphone : _____ Code postal : _____
Mail : _____ Ville : _____

Autres

Nom : _____ Adresse : _____
Prénom : _____
Téléphone : _____ Code postal : _____
Mail : _____ Ville : _____

VIE SOCIALE

Activités socio-culturelles actuelles (plusieurs choix possible – préciser à chaque fois) :

- Pratique des activités sportives - Lesquelles :
- Pratique des activités artistiques - Lesquelles :
- Pratique des activités culturelles - Lesquelles :
- Participe à une vie associative - Lesquelles :
- Autres activités - Lesquelles :
- N'a aucune activité

Centres d'intérêts :

- Musique
- Peinture
- Exposition
- Danse
- Cinéma
- Télévision
- Sports :
- Autres :
- Lecture
- Collection informatique
- Sciences
- Cuisine
- Voyages
- Sorties conviviales

Réseau de proximité :

- Famille
- Voisinage
- Amis
- Commerçants
- Aide humaine
- Autres :

Quelles sont les motivations de votre demande ?

Questionnaire rempli par :

Nom : Fonction :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Questionnaire rempli en présence de l'intéressé : Oui Non

Signature ou accord du candidat : Date :

Signature du représentant légal :