

## Informations relatives au dossier unique de candidature

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint le dossier de candidature de L'Association Le Clos du Nid et de L'Association de Lutte contre les Fléaux Sociaux.

Ce dossier est destiné à faciliter vos démarches auprès de nos établissements pour adultes dont vous trouverez ci-dessous les coordonnées.

Nous vous remercions de bien vouloir adresser ce dossier aux établissements concernés par votre demande :

- ❖ M.A.S d'Entraignes, M.A.S. La Luciole, M.A.S. Aubrac, M.A.S. de Civergols : Dossier à retourner au S.A.M.O., quartier de Costevieille, 48100 MARVEJOLS.
- ❖ F.A.M. de Bernades : Route du Massegros, 48 230 CHANAC.
- ❖ Foyer de vie/F.A.M. Saint Héliion : Route de Nasbinals, 48 100 MARVEJOLS.
- ❖ Foyer de vie Lucien OZIOL : 5, bis Rue Jeanne d'Arc, 48 100 MARVEJOLS.
- ❖ Foyer de vie l'Horizon : Quartier de l'Ensoleillade, 48 340 St GERMAIN DU TEIL.
  
- ❖ E.S.A.T de Civergols, La Valette, Boulidoire, La Colagne et Foyers d'hébergement de Civergols, Palherets, Boulidoire, La Colagne :  
Dossier à retourner au S.A.M.O., quartier de Costevieille, 48100 MARVEJOLS

## **Pièces à joindre au dossier**

Afin de nous permettre de répondre au mieux à votre demande, nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre :

### **Documents administratifs**

- Copie de la carte nationale d'identité
- Notifications d'orientation en établissement de la C.D.A.P.H.
- Notifications d'attribution de l'A.A.H.
- Notification d'attribution de la Carte Mobilité Inclusion
- Copie du jugement de mesure de protection
- Attestation de droits de la Sécurité Sociale
- Copie de la carte mutuelle
- Attestation assurance Responsabilité Civile
- Copie de la Carte d'Invalidité ou de la Carte Mobilité Inclusion
- Notification d'aide sociale

### **Documents concernant votre vie quotidienne et sociale**

#### **(Renseigner les éléments du dossier)**

- Bilan social (votre parcours)
- Eléments éducatifs
- Eléments psychologiques
- Dernier Projet personnalisé

### **Documents médicaux**

- Certificat médical ci-joint
- Compte rendu médicaux et/ou psychiatrique
- Copie de l'ordonnance du traitement en cours
- Certificat de vaccination

## DOSSIER UNIQUE DE CANDIDATURE

Dossier établi le : .....

pour : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Photo

Date et lieu de naissance : ..... à : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : ..... Mail : .....

### **Vous déposez un dossier de candidature pour un établissement :**

#### Médicalisé :

Maison d'Accueil Spécialisée

Foyer d'Accueil Médicalisé

#### Non médicalisé :

Foyer d'hébergement

Etablissement et Service d'Aide par le Travail.:

A temps plein  A Temps partiel

Foyer de vie:

En internat ou  En Accueil de jour

#### Personne à contacter pour ce dossier :

Nom : ..... Prénom : .....

Représentant légal :

Proche :  Merci de préciser : .....

Etablissement :

Autre :  Merci de préciser : .....

Coordonnées : .....

.....

.....

Acceptez-vous que cette personne accède à des informations vous concernant ?

OUI

NON

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### Où vivez-vous ?

A votre domicile

Chez un membre de votre famille, merci de préciser : .....

Autre : .....

A l'Hôpital Depuis le : .....

En Etablissement Depuis le : .....

Nom et Coordonnées de l'Hôpital ou de l'établissement : .....

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

### Quelle est votre situation familiale ?

Célibataire       Marié(e)       Divorcé(e)

Concubinage       Pacsé(e)       Veuf(ve)

Avez-vous des enfants ?  Oui       Non

Nombre : .....

### Quel est votre entourage familial et vos proches ?

NOM PRENOM	LIEN AVEC LA PERSONNE	ADRESSE, TELEPHONE, MAIL

### Mesure de protection :

Nom et Coordonnées du ou des représentants légaux : .....

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

**Avez-vous une personne de confiance ?**

OUI

NON

Nom et coordonnées de la personne de confiance : .....  
.....  
.....

**Qu'est-ce-que la personne de confiance :**

*« Lors de toute prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il est proposé à la personne majeure accueillie de désigner, si elle ne l'a pas déjà fait, une personne de confiance [...] ». Code de l'action sociale et des familles (CASF), article L 311-5-1*

La personne de confiance a plusieurs missions :

- Aide pour la compréhension de vos droits,
- Accompagnement et présence :

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- être présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher votre consentement à être accueillie dans l'établissement d'hébergement (en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui...)

- vous accompagner dans vos démarches liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.

- assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.

Vous pouvez désigner comme personne de confiance toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant...

Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission.

La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation.

**Etes-vous bénéficiaire de l'Aide Sociale ?**

OUI

NON

Si Non, merci d'indiquer votre domicile de secours : .....  
.....  
.....

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

Nom : ..... Prénom : .....

Représentant légal   
Proche :  Merci de préciser : .....  
Etablissement   
Autre :  Merci de préciser : .....

Coordonnées : .....  
.....  
.....

Tél. fixe : ..... Tél portable : .....

Je ne souhaite contacter personne

**PROFESSIONNELS INTERVENANTS AUPRES DE VOUS :**

Médecin traitant, travailleur social, établissements et services divers...

NOM PRENOM	FONCTION	ADRESSE, TELEPHONE, MAIL

## VOTRE PARCOURS

**Scolaire :**

<b>Etablissements ou lieux</b>	<b>Années</b>	<b>Niveau ou diplômes obtenus</b>

**Professionnel :**

<b>Employeurs</b>	<b>Années</b>	<b>Poste occupé</b>

**Médico-Social et/ou Hospitalier :**

<b>Nom et adresse</b>	<b>Années</b>	<b>Modalités d'accueil (internat ou externat)</b>

**Quels sont vos souhaits concernant votre accueil en établissement ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Quels sont vos besoins ?

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accompagnement. **Merci de cocher la case correspondante.**

<b>Vie quotidienne</b>	<b>Seul</b>	<b>Aide partielle</b>	<b>Aide totale</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Solutions que vous avez mises, ou que vous souhaitez mettre, en œuvre :</b>
Hygiène corporelle					
S'habiller et se déshabiller					
Alimentation					
Hygiène de l'élimination et utilisation des toilettes					
Prendre vos repas					
Gérer votre repos quotidien					
S'orienter dans le temps					
S'orienter dans l'espace					
Gestion de votre sécurité					
Gérer votre traitement					
Faire vos courses					
Préparer un repas					
Entretien du linge					
Gérer votre budget					
Gérer vos horaires : du lever, du coucher, de vos rendez-vous					

<b>Vie sociale</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Solutions que vous avez mises, ou que vous souhaitez mettre, en œuvre :</b>
Communication orale				
Communication écrite				
Outils de communication utilisés				
Compréhension de consignes				
Prise d'initiatives				
Respect des règles de vie				
Relations avec les autres				
Participation à une vie culturelle				
Participation à une vie sportive				
Accès aux droits et à la citoyenneté				

<b>Mobilité</b>	<b>Seul</b>	<b>Aide partielle</b>	<b>Aide totale</b>	<b>Avec appareillage</b>	<b>Solutions que vous avez mises, ou que vous souhaitez mettre, en œuvre :</b>
Faire ses transferts					
Se déplacer à l'intérieur					
Se déplacer à l'extérieur					
Utiliser les escaliers					
Utiliser un ascenseur					
Utiliser les transports en commun					
Conduire un véhicule					
Soulever et porter des objets					

Soins	OUI	NON	Fréquence		
			Par jour	Par semaine	Par mois
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins psychiatriques					
Soins psychologiques					
Soins infirmiers					
Auxiliaires de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Accompagnement chez les professionnels de santé :					
Autre :					

**Appareillage :**

- Canne                       Déambulateur  
 Fauteuil roulant manuel       Fauteuil roulant électrique  
 Lit médicalisé                       Orthèse ou prothèse  
 Appareil auditif  
 Autre (préciser) : .....  
.....  
.....

<b>Vie professionnelle (En cas de demande pour un E.S.A.T.)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Lesquels ?</b>	<b>Solutions que vous avez mises, ou que vous souhaitez mettre, en œuvre :</b>
Travail à temps plein				
Poste assis				
Aimez-vous le travail en équipe ?				
Avez-vous besoin de changements réguliers dans votre travail ?				
Compréhension de consignes				
Prise d'initiatives				
Respect des règles				
Relation avec autrui				

### Quelles sont vos habitudes de vie ?

Ce questionnaire a pour objectif de mieux vous connaître afin de mieux vous accompagner. Vous avez la possibilité de ne pas répondre à ces questions.

Habitudes de vie	OUI	NON	Lesquels?	Solutions que vous avez mises, ou que vous souhaitez mettre, en œuvre :
Avez-vous un ou des loisirs ?				
Etes-vous adhérent d'une association ?				
Pratiquez-vous des activités culturelles, sportives, manuelles... ?				
Aimez-vous les sorties ?				
Y a-t-il des activités que vous aimeriez pratiquer ?				
Avez-vous des attentes particulières concernant la vie en collectivité				
Autres :				

### Avez-vous des observations complémentaires ?

.....

.....

.....

Merci de votre collaboration.

Fait le : .....

<b>Signature du demandeur :</b>	<b>Signature du représentant légal (le cas échéant) :</b>	<b>Signature de la personne qui a aidé à remplir ce dossier :</b>