

DOSSIER D'ADMISSION

FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ - V.I.L.A.A.

Vie Individuelle dans un Lieu d'Accompagnement Adapté

24410 SAINT PRIVAT EN PÉRIGORD

Tél : 05 53 92 48 00 - Fax : 05 53 92 48 32

Ce dossier est à transmettre :

Au Cadre socio-éducatif du F.A.M.

CENTRE HOSPITALIER LA MEYNARDIE 24410 SAINT PRIVAT EN PÉRIGORD

ou par mail à c.roland@chicrdd.fr

NOM :

NOM de jeune fille :

Prénom :

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

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

Lieu de vie actuel :

SI Établissement :

Adresse

NOM du Cadre :

Service :

Responsable de l'Établissement :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :

Personne et/ou Organisme chargés de la protection :

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

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Famille, amis, personnes ressources

NOMS Prénoms	Coordonnées (adresse à préciser; distance géographique de la Meynardie)	Lien de parenté	Situation familiale et professionnelle	Type de contact (courrier, téléphone, sortie, visite, à préciser)

COUVERTURE SOCIALE

CPAM MSA AUTRE, à préciser :

Adresse et téléphone

.....

CMU de base N° de Sécurité Sociale : _ _ _ _ _
 (Fournir une copie de l'attestation de la carte vitale)

COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE

CMU complémentaire Mutuelle, à préciser :

Adresse et téléphone :

.....

(Fournir une copie de l'attestation des droits)

AIDE SOCIALE

Si déjà accordée, fournir une copie de la décision.

Adresse du domicile de secours :

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

RESSOURCES

	NOM et coordonnées de l'organisme prestataire	Montant mensuel
<input type="checkbox"/> A.A.H. Allocation Adulte Handicapé		
<input type="checkbox"/> Aide au logement		
<input type="checkbox"/> Autres :		
<input type="checkbox"/> Pension d'invalidité		
<input type="checkbox"/> P.C.H. Prestation de Compensation du Handicap		
<input type="checkbox"/> Rente d'Accident de Travail		
<input type="checkbox"/> Autre		
<input type="checkbox"/> Autre		

RÉCAPITULATIF DES PIÈCES À JOINDRE :

- Copie de l'attestation de la Carte Vitale en cours de validité, précisant la prise en charge à 100 % (A.L.D). La Carte Vitale sera à remettre dès l'entrée dans l'établissement.
- Copie de l'attestation Mutuelle en cours de validité (ou attestation C.M.U complémentaire)
- Copie de la carte d'invalidité
- Copie complète du Livret de Famille (ou, le cas échéant, un extrait d'acte de naissance à demander auprès de la Mairie du Lieu de Naissance)
- Copie de la carte nationale d'identité
- Si mesure de protection, copie du jugement
- Justificatifs des ressources (allocations, pensions, A.A.H, etc...)
- Copie de quittance d'assurance, responsabilité civile
- Copie de la notification d'orientation de la M.D.P.H. (Maison Départementale des Personnes Handicapées) précisant l'orientation en FAM
- Justificatif du dernier domicile (pour la détermination du domicile de secours) (quittance de loyer, facture EDF GDF, attestation sur l'honneur)
- Engagement à payer ci-joint complété et signé
- Le Projet Personnalisé antérieur (si existant).

DOSSIER D'ADMISSION - F. A. M.

Renseignements complémentaires

FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ - V.I.L.A.A.

Vie Individuelle dans un Lieu d'Accompagnement Adapté

24410 SAINT PRIVAT EN PÉRIGORD

Tél : 05 53 92 48 00 - Fax : 05 53 92 48 32

Renseigné par la personne accueillie Oui Non Si NON par qui ?

Parcours de vie

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

Avez-vous fait des études ?

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

Avez-vous des qualifications et des expériences professionnelles ?

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

Où avez-vous vécu précédemment ?

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

AUTONOMIE :

Habillage : autonome besoin d'une aide Si besoin, précisez

Déshabillage : autonome besoin d'une aide Si besoin, précisez

Toilette : autonome besoin d'une aide Si besoin, précisez

Élimination : autonome besoin d'une aide Si besoin, précisez

Incontinence urinaire : diurne : oui non nocturne : oui non

Incontinence fécale : diurne : oui non nocturne : oui non

Sommeil :

Qualité du sommeil :

Heures du lever : du coucher

Nécessité d'une sieste : oui non

Habitudes d'endormissement :

Repas : autonome besoin d'une aide Si besoin, précisez

Régime alimentaire : oui non Si oui précisez lequel :

Transferts : autonome besoin d'une aide Si besoin, précisez

Mobilité :

Déplacements seul (e) : en intérieur : oui non avec une aide technique laquelle :

en extérieur : oui non avec une aide technique laquelle :

Voyages en voiture : oui non Courts trajets oui non Longs trajets oui non

Voyages en transports en commun : oui non seul oui non avec accompagnement

Orientation spatiale :

Repérage dans un espace connu : oui non avec difficulté

Repérage dans un espace inconnu : oui non avec difficulté

Entretien de la chambre, du lieu de vie : oui non avec difficulté

Gestion de l'argent : oui non

CAPACITES COGNITIVES ET DE COMMUNICATION

Évaluation standardisée de la communication : oui non

Communication verbale : Capacité à s'exprimer : oui non

Niveau de langage : très bon bon moyen mots / phrases

Capacité à verbaliser pensées, émotions : oui non

Compréhension : des mots des gestes des consignes

Communication non-verbale : par : des gestes par des sons

par des supports visuels, si oui, lesquels.....

Mode d'expression privilégié pour :

les besoins :

les émotions :

les désirs :

la douleur :

Capacité de concentration : très bonne bonne moyenne faible

Capacité de mémorisation : très bonne bonne moyenne faible

ACTIVITÉS - LOISIRS - PROJETS

Quels sont vos centres d'intérêt ?

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

- les sorties les spectacles
- les jeux ? lesquels ?
- les sports ? lesquels ?
- les animaux ? lesquels ?
- autres (à préciser) :

Qu'aimeriez-vous faire ?

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

DOSSIER D'ADMISSION - F. A. M.
FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ - V.I.L.A.A.
Vie Individuelle dans un Lieu d'Accompagnement Adapté
24410 SAINT PRIVAT EN PÉRIGORD
Tél : 05 53 92 48 00 - Fax : 05 53 92 48 32

ENGAGEMENT À PAYER / FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ

Pour les personnes payant le forfait hébergement (non bénéficiaires de l'Aide Sociale) :

NOM Marital : Prénom :

Nom de jeune fille :

Adresse :

Je soussigné(e)
déclare m'engager à régler, déduction faite de la participation éventuelle des organismes tiers
payeurs, les frais de séjour dus par l'hébergé ci-dessus mentionné.

Fait à **le**

Signature

Voies de recours :
En cas de changement de situation notamment, il appartient à la personne concernée de prendre
l'attache de Monsieur le Président du Conseil Général, Service des Affaires Juridiques, dans le délai
de un mois, à compter du changement de situation, ou de saisir Monsieur le Juge des Affaires
Familiales (Tribunal de Grande Instance).