

Dossier d'inscription en liste d'attente

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint un dossier de demande d'inscription en établissement et services pour personnes adultes handicapées.

Merci de bien vouloir nous retourner le dossier complété, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Notification MDPH en cours de validité.
- Volet médical (en dernière page), sous pli confidentiel, complété par le médecin.
- Photocopie d'une pièce d'identité.
- Le cas échéant, photocopie des mesures de tutelle ou curatelle.
- Listes ci-jointes complétées de vos choix d'établissements.

A réception du dossier complet, votre dossier sera enregistré en liste d'attente dans notre registre, auprès des établissements correspondants à votre orientation MDPH.

Dans tous les cas, merci de renvoyer le dossier uniquement à l'adresse suivante :

Les Papillons Blancs du Finistère
Service relations aux personnes accompagnées
5, rue Yves le Maout – CS 40026
29480 LE RELECQ-KERHUON

Merci de ne rien agraffer.

Pour tout complément d'information, vous pouvez nous contacter au 02 98 01 22 66 ou par mail à « admission@papillonsblancs29.fr ».

Veuillez agréer Madame, Monsieur l'expression de nos salutations les meilleures.

Service des relations aux personnes accompagnées

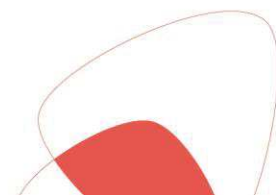
DIRECTION GÉNÉRALE ET SIÈGE SOCIAL

☎ 02 98 01 22 66 ✉ directiongenerale@papillonsblancs29.fr

Les Papillons Blancs du Finistère

📍 5, rue Yves le Maout - CS 40026 - 29480 LE RELECQ-KERHUON

www.papillonsblancs29.fr



Choix des établissements

Foyer de Vie - Foyer d'Accueil Médicalisé
Maison d'Accueil pour Personnes Handicapées Agées
Accueil de Jour
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Madame, Monsieur,

Merci de joindre à votre demande d'inscription en établissement et services pour personnes adultes handicapées, la présente fiche, sur laquelle vous aurez coché le ou les établissements dont vous sollicitez l'inscription :

Foyer de Vie :

- Résidence Balafennig – 11 avenue Georges Pompidou – 29490 GUIPAVAS
Souhaitez-vous bénéficier d'un Hébergement temporaire sur cet établissement ?
 Oui Non
- Résidence Les Pléiades – rue des écureuils – 29180 PLOGONNEC
- Résidence Les Astérides – 8 rue Evêque Expilly – 29000 QUIMPER
- Résidence Les Horizons – 115 rue Marguerite Duras – 29200 BREST
Souhaitez-vous bénéficier d'un Hébergement temporaire sur cet établissement ?
 Oui Non
- Résidence Ti Roz Avel – Streat Roz Avel – 29290 MILIZAC
Souhaitez-vous bénéficier d'un Hébergement temporaire sur cet établissement ?
 Oui Non

Foyer d'Accueil Médicalisé :

- Résidence Les Astérides – 8 rue Evêque Expilly – 29000 QUIMPER
- Résidence Les Horizons – 115 rue Marguerite Duras – 29200 BREST
- Résidence Ti Roz Avel – Streat Roz Avel – 29290 MILIZAC

Hébergement pour personnes handicapées vieillissantes (orientation FV ou FAM) :

- (FV et FAM) Rés. Le Hameau de l'Estran – rue Robert Le Mao – 29140 SAINT-YVI
- (FV) Résidence Les Vergers – 4 allée Nadia Boulanger – 29900 CONCARNEAU

Accueil de jour (orientation FV) :

- Accueil de jour Mathurin Kerbrat – 36 rue Saint Exupéry – 29470 PLOUGASTEL-DAOULAS
- Accueil de jour Michel Garapin – 20 rue Charles Péguy – 29200 BREST
- Accueil de jour Ti Roz Avel – Streat Roz Avel – 29290 MILIZAC
- Accueil de jour Les Astérides – 8 rue Evêque Expilly – 29000 QUIMPER
- Accueil de jour Les Pléiades – rue des écureuils – 29180 PLOGONNEC

Service d'Accompagnement à la Vie Sociale :

- SAVS Garapin – 20 rue Charles Peguy – 29200 BREST
- SAVS de Cornouaille – 21 rue des Chênes – 29900 CONCARNEAU

Pour tout complément d'information, vous pouvez nous contacter au 02.98.01.22.66 ou par mail à « admission@papillonsblancs29.fr ».

Date de la demande :

Inscription en établissements et services pour personnes adultes handicapées

*Accueil de jour • Foyer de vie • Foyer d'accueil médicalisé • Maison d'accueil spécialisée
Unité pour personnes handicapées vieillissantes • Service d'accompagnement à la vie sociale
Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés • Hébergement temporaire*

Vous envisagez la possibilité de vous inscrire dans un établissement ou un service pour personnes adultes handicapées. Afin de faciliter vos démarches, le Conseil général, en partenariat avec l'ARS Bretagne et les établissements et services finistériens, a élaboré un dossier d'inscription type que vous pouvez adresser directement aux établissements ou services concernés par votre démarche d'inscription.

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas une admission. Merci de compléter cette fiche de renseignements, de faire compléter le volet médical joint par votre médecin et de prendre contact avec les responsables des établissements et services de votre choix.

État civil

Nom :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Né(e) le

Commune de naissance : Code postal

Situation de famille (cocher la case correspondante) : Célibataire Marié(e) Divorcé(e)

Pacte civil Concubinage Veuf/veuve

COORDONNÉES

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone : ou

Courriel :@.....

Modalités d'accueil sollicitées

MODALITÉS D'ACCUEIL PROPOSÉES DANS LE FINISTÈRE (cocher la case correspondante) :

Formules en accueil de jour

- Accueil de jour en foyer de vie (AJ-FV)
- Accueil de jour en foyer d'accueil médicalisé (AJ-FAM)
- Accueil de jour en maison d'accueil spécialisée (AJ-MAS)

Formules en hébergement permanent

- Foyer de vie (FV)
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- Maison d'accueil spécialisée (MAS)
- Unité pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV)

Formules en hébergement temporaire

- Hébergement temporaire en foyer de vie (HT-FV)
- Hébergement temporaire en foyer d'accueil médicalisé (HT-FAM)
- Hébergement temporaire en maison d'accueil spécialisée (HT-MAS)

Formules d'accompagnement

- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- SAVS pour personnes handicapées vieillissantes (SAVS-PHV)
- Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Si vous souhaitez préciser le nom de l'établissement (ou de la zone géographique) auprès duquel vous sollicitez une inscription, merci de l'indiquer ci-dessous :

Situation juridique

PROTECTION JURIDIQUE (cocher la case correspondante) :

- Tutelle
- Curatelle
- Curatelle renforcée
- Mandataire
- Sauvegarde de justice
- Sans régime de protection
- En cours

Représentant légal (le cas échéant) :

Qualité :

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone : ou

Courriel :@.....

Décision de la CDAPH

ORIENTATION (cocher la case correspondante) :

Foyer de vie Foyer d'accueil médicalisé Maison d'accueil spécialisée SAVS SAMSAH

Numéro de dossier :

Date de la décision

Date d'effet de la décision

Date de fin de la décision

Demande rédigée par (si différente de la personne mentionnée en page 1)

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone : ou

Courriel : @

Lien avec la personne concernée par la demande (préciser, le cas échéant)

Membre de la famille :

Représentant légal :

Autre :

Personne à contacter (si différente de la personne mentionnée ci-dessus)

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone : ou

Courriel : @

Renseignements administratifs

N° de sécurité sociale :

Organisme :

N° allocation prestations familiales :

Organisme :

Carte d'invalidité : oui non Date de fin de validité :

Votre situation actuelle

Vous êtes actuellement hébergé(e) (cocher la case correspondante) :

À votre domicile personnel

Au domicile familial

En structure hospitalière : Depuis le

En établissement (IME, Foyer de vie ...) : Depuis le

Autre (Famille d'accueil, EHPAD...) : Depuis le

Nom de la structure hospitalière ou de l'établissement :

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone :

Motivations de la demande

Cette demande est liée à (cocher la case correspondante) :

Un changement d'orientation

Des difficultés liées au maintien à domicile

Une hospitalisation

Autre (préciser) :

Délai souhaité

Immédiat De 1 à 6 mois Supérieur à 6 mois

Observations éventuelles du demandeur (personne elle-même, représentant légal, membre de la famille...) :

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

Capacités fonctionnelles et activités

Ces informations sont destinées à connaître votre situation afin d'adapter au mieux votre accompagnement par les établissements ou services (Merci de cocher les cases correspondantes).

SOINS PERSONNELS	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Hygiène corporelle			
S'habiller et se déshabiller			
Assurer son élimination et utiliser les toilettes			
Prendre ses repas (boire, manger...)			
Gérer son repos quotidien			

MOBILITÉ	SEUL	AIDE PARTIELLE	AIDE TOTALE
Faire ses transferts			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Utiliser les escaliers			
Utiliser les transports en commun			
Conduire un véhicule			
Soulever et porter des objets			

EXIGENCES GÉNÉRALES ET RELATIONS AVEC AUTRUI	PAS DE DIFFICULTÉ	DIFFICULTÉ MOYENNE	NE FAIT PAS
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Communication			
Compréhension de consignes simples			
Prises d'initiatives			
Gestion de sa sécurité			
Respect des règles de vie			
Relations avec autrui			

VIE DOMESTIQUE ET COURANTE	OUI	NON
Gérer son traitement		
Faire ses courses		
Préparer un repas simple		
Entretien du linge, vêtements...		
Faire son ménage		
Gérer son budget		
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)		

RÉGIME ALIMENTAIRE	OUI	NON	PRÉCISER (Le cas échéant)
Régime alimentaire			
Texture particulière			

PRISE EN CHARGE	OUI	NON	FRÉQUENCE		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					

FONCTIONS SENSORIELLES	BONNE	MOYENNE	MAUVAISE
Ouïe			
Vue			

Appareillage

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



DOSSIER MÉDICAL D'INSCRIPTION EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES HANDICAPÉES

(Document médical confidentiel – À mettre sous pli confidentiel)

PERSONNE CONCERNÉE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

ORIGINE DU HANDICAP

MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Prénom :

Commune :

N° de Téléphone :

Courriel :

TRAITEMENT(S) EN COURS

Soins cutanés oui non

Préciser :

Rééducation oui non

Préciser :

PATHOLOGIES ASSOCIÉES

ALD

Allergies oui non

Préciser :

ANTÉCÉDENTS

MÉDICAUX

CHIRURGICAUX

PSYCHIATRIQUES

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX		
	OUI	NON
Opposition		
Retrait		
Délires, hallucinations		
Agitation		
Agressivité		
Errance, fugue		
Autres :		

CONDUITE À RISQUE
Alcool :
Tabac :
Autres :

MÉDECINS SPÉCIALISTES	
Nom / Prénom	Spécialité

ALIMENTATION		
	OUI	NON
Régime alimentaire Préciser :		
Sonde naso-gastrique		
GPE		
Fausses routes		
Autres :		

SOINS TECHNIQUES

VACCINATIONS	
Anti-tétanique - DTP	
Anti-pneumococcique	
Anti-grippal	
Autres :	

DATE ET SIGNATURE DU MÉDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER <i>(Cachet obligatoire)</i>	
---	--

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

TAILLE		POIDS	
--------	--	-------	--

Par avance, merci de votre coopération.