

PC.ADM.15	Version 04	Création : 02/07/2016	Révision : 01/08/2024	Pages : 1 / 15
Maison de Moncontour	PROCEDURE DOSSIER ADMINISTRATIF EN VUE D'UN ACCUEIL TEMPORAIRE AU FOYER DE VIE LE KORNOG			



Contenu du dossier :

- **Fiche de renseignements administratifs**
- **Vos attentes**
- **Capacités fonctionnelles et activités**
- **Dossier médical**
- **Éléments administratifs à fournir**
- **Trousseau de linge**
- **Procédure d'admission**

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 Département, en partenariat avec l'ARS Bretagne et les établissements et services Costarmoricains, 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 en accueil temporaire et son dépôt ne vaut en aucun cas une admission. Merci de compléter cette fiche de renseignements, de faire compléter le volet médical par votre médecin, de transmettre une copie de la décision d'orientation de la MDPH et de prendre contact avec les responsables des établissements et services de votre choix afin de faciliter votre inscription.

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

COORDONNEES

Adresse :

Ville : Code postal

Téléphone :

Courriel : @

Modalités d'accueil sollicitées

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

Formules en accueil de jour

- Accueil de jour (AJ)
- 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 : _____

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...) :

Parcours de vie

Décrivez en quelques lignes votre scolarité (Durée, niveau, diplômes...) :

Etablissements fréquentés (Durée, dates, emplois, postes occupés...) :

Hospitalisation(s) :

Vos attentes

Quels sont vos centres d'intérêts, vos priorités, vos difficultés... ?

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) :

Observations complémentaires

Vos réactions ou votre comportement vous semblent-ils toujours appropriés à la situation (vie sociale, vie collective, relation aux autres...) ?

CE QUESTIONNAIRE EST CONFIDENTIEL ET SOUMIS AU SECRET PROFESSIONNEL

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatique à des fins statistiques. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au : Département des Côtes d'Armor - Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées
9 place du Général de Gaulle CS 42371 22023 SAINT-BRIEUC Cedex 1

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Fait le _____ à _____

Signature du demandeur

Signature du représentant légal (le cas échéant)



DOSSIER MÉDICAL D'INSCRIPTION EN ÉTABLISSEMENT SET 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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	
Rééducation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	

PATHOLOGIES ASSOCIÉES	
ALD	
Allergies	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Préciser :	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	
CHIRURGICAUX	
PSYCHIATRIQUES	

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

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

SOINS TECHNIQUES	

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS	

CONDUITE À RISQUE	
Alcool :	
Tabac :	
Autres :	

MÉDECINS SPÉCIALISTES	
Nom / Prénom	Spécialité

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

DATE ET SIGNATURE DU MÉDECIN QUI RENSEIGNE LE DOSSIER (Cachet obligatoire)	

TAILLE	POIDS

Éléments administratifs à fournir

Pièces administratives à déposer avec la demande d'entrée en accueil temporaire

- Pièces à déposer avec la demande d'entrée :
 - Notification MDPH
 - Livret de famille ou extrait d'acte de naissance
 - Attestation de droit de la caisse de sécurité sociale
 - Carte mutuelle à jour
 - Dernier avis d'imposition
 - Justificatif des ressources de l'année précédente
 - RIB ou RIP
 - Copie du jugement de tutelle ou curatelle le cas échéant
 - Bilan éducatif et projet personnalisé

- Pièces à fournir à l'entrée :
 - Copie de la carte vitale
 - Copie de la carte d'invalidité
 - Copie de la carte d'identité
 - 2 photos d'identité
 - Attestation d'assurance de responsabilité civile
 - Dernière ordonnance et médicaments

Trousseau linge à fournir

Trousseau de linge indicatif

Lors d'un stage de découverte au foyer de vie de Moncontour, le trousseau suivant est demandé (il est possible de laver le linge sur place) :

- Vestes de nuit, chemises de nuit ou pyjamas
- Robe de chambre
- Slips ou culottes
- Tee-shirts, maillots de corps
- Soutien-gorge
- Chapeaux/casquettes
- Paires de chaussettes
- Trousse de toilette avec le nécessaire
- Vêtements en nombre suffisant pour la durée du séjour
- Une paire de chaussons
- Maillot de bain
- Une paire de chaussures confortables (marche)

Il est recommandé de ne pas fournir de linge fragile.

Informations diverses

Résidents extérieurs aux Côtes d'Armor

Si une demande d'aide sociale est à réaliser, l'accord préalable du Conseil départemental d'origine sera demandé. Le département d'origine équivaut au département de ce qui est nommé administrativement, le « domicile de secours » (dernier domicile de plus de 3 mois hors établissement).

Avant l'entrée au foyer de vie Le Kornog :

1. Le premier contact est souvent téléphonique. Il est dirigé vers la responsable du foyer de vie ou l'éducatrice spécialisée ou les services administratifs en fonction de la demande.
2. Il est proposé à la personne de prendre un rendez-vous avec la responsable du foyer de vie ou l'éducatrice spécialisée pour :
 - . Un entretien de recueil de données et de précision des objectifs de la personne
 - . Une visite du foyer et des services
 - . Possibilité de remettre un dossier administratif en vue d'un accueil temporaire.
3. A réception du dossier d'administratif complet, la commission d'évaluation statue sur le dossier
4. La personne est avertie par téléphone ou par mail de la décision par la responsable du foyer ou l'éducatrice spécialisée, et un accueil temporaire peut être proposé
5. L'entrée pour l'accueil temporaire a lieu en présence de l'infirmière, le référent d'accueil et la responsable du foyer ou de l'éducatrice spécialisée.
6. Le dispositif prévoit une consultation du médecin psychiatre durant l'accueil temporaire.
7. A l'issue de cet hébergement temporaire, un bilan est rédigé par l'équipe pluridisciplinaire du foyer.
8. La décision est rendue :
 - Un avis favorable permet à la personne d'intégrer le Foyer si une place est disponible ou d'être inscrit sur une liste d'attente sous réserve d'une nouvelle évaluation en accueil temporaire (si 9 mois se sont passés depuis l'accueil temporaire).
 - En cas d'un avis défavorable, la personne est informée par téléphone et par mail.
9. La personne demeure actrice de son projet d'entrée : à tout moment, elle peut y mettre un terme et demander où en est l'acceptation de son entrée.

ANNEXE TARIFAIRE AU 1^{ER} JUILLET 2025

FOYER DE VIE

❖ Prix de journée :

Prix de journée

144.74 €/Jour

❖ Absences (suivant règlement départemental d'aide sociale des Côtes d'Armor), se décompte en nuitée :

En cas d'absence pour convenance personnel : Dès la deuxième nuit d'absence, le prix de journée n'est pas appliqué.

En cas d'absence pour hospitalisation : Dès la deuxième nuit d'absence, le prix de journée n'est pas appliqué.

❖ Repas accompagnants : 14€ le midi (5€ pour les enfants de moins de 12 ans)
16€ le jour de Noël et le jour de l'an

❖ Coiffeur, Pédicure, Socio-esthéticienne : Selon tarif du prestataire

❖ Chambre de recueillement : 50€ par jour au-delà du 3^{ème} jour