

Dossier unique de demande d'admission dans les logements inclusifs HAPY



Le dossier unique de demande d'admission dans les logements inclusifs HAPY de l'Association IES vise à simplifier le processus de candidature.

Le dossier est à remplir puis à transmettre par mail ou par courrier aux coordonnées suivantes :

Adresse des bureaux HAPY : HAPY – 1 bis rue Gaston Monmousseau – 78190 Trappes-en-Yvelines

Mail : hapy@association-ies.fr

Nous attirons votre attention sur le fait que **le dépôt du dossier de demande d'admission ne vaut pas admission.**

L'équipe éducative HAPY s'engage à vous apporter un retour par courrier, mail ou contact téléphonique dans un délai maximum de 2 mois suite à son dépôt considéré complet.

Le dossier doit être renseigné de manière la plus complète possible. En cas de besoin, vous pouvez contacter l'équipe éducative HAPY.



1

Volet administratif

2

Volet parcours personnel

3

Volet autonomie

Les trois volets : administratif, parcours personnel et autonomie, sont renseignés par le demandeur ou toute personne habilitée à le faire (parents, tuteurs, responsables légaux, travailleurs sociaux...).

Volet Administratif

1 . Identification (informations concernant le demandeur)

▪ Etat civil

Civilité (cocher la case correspondante)

Madame

Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent):

Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Lieu de naissance : Commune :

Code postal :

Pays :

▪ Situation familiale

Situation de famille :
(Cocher la case correspondante)

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Vie maritale

Séparé(e)

Divorcé(e)

Veuf/veuve

Nombre enfant(s) :

Dont nombre d'enfant(s) à charge :

▪ Renseignements administratifs et décision de la CDAPH

N° de sécurité sociale :

N° de dossier MDPH :

Orientation de la CDAPH (préciser le(s) type(s) d'établissement(s) ou service(s) et **joindre une copie de la notification**) :

.....
.....

Date d'effet de la décision :

Date d'effet de la décision :

2. Lieu de résidence

- Vous résidez actuellement (cocher la ou les case(s) correspondante(s)) :

Domicile personnel

Hébergé(e) au domicile familial : Mère Père Les deux Autre

Structure médico-sociale* Depuis le :

Structure sanitaire* Depuis le :

Autre, préciser
(ex : hôtel, famille
d'accueil...)

- Adresse du lieu de résidence

Adresse :

Complément d'adresse :

Commune : Code postal :

Département :

N° téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail :

3. Mesures de protection

- Mesure de protection juridique des majeurs (plus de 18 ans) :

Une mesure de protection juridique est-elle en place ? : Oui Non
(Cocher la case correspondante) En cours d'évaluation Ne sais pas

Si « oui » ou « demande en cours », s'agit-il d'une : Sauvegarde de justice Curatelle simple
(Cocher la case correspondante) Curatelle renforcée Tutelle

▪ Coordonnées de la personne en charge de la mesure :

Nom de l'organisme ou liens (association, parents...) :

NOM d'usage :

Prénom :

Numéro de téléphone :

E – mail :

Commentaires :

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

4. Personne(s) à contacter (autre que le tuteur ou curateur)

Liens (parents, proches...) :

Liens (parents, proches...) :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

.....

.....

Code postal :

Code postal :

--	--	--	--	--	--	--	--

Commune :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Commune :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Département :

Département :

N° téléphone :

N° téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Cf glossaire

5. Situation actuelle

Situation actuelle :

(Plusieurs réponses possibles, cocher la ou les case(s) correspondante(s)) :

Accompagnement(s)

- Accueilli en famille d'accueil
Accompagné par un service médico-social*
Accompagné par un établissement médico-social*
Hospitalisé en établissement sanitaire*
Sans accueil ni accompagnement
Accompagné par des professionnels libéraux
Autre, à préciser :

Formation / Emploi

- En formation professionnelle
Exerce une activité professionnelle en ESAT
Exerce une activité professionnelle en milieu ordinaire
En recherche d'activité professionnelle
Retraité
Autre, à préciser :

Adresse du lieu de travail :

6. Structures fréquentées actuellement

Etablissement / service

Dans le cas où il y a un suivi et/ou accueil par plusieurs établissements et/ou services, merci de les préciser.

Nom de l'établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°1) :
Catégorie d'ESMS * :
Adresse :
Commune : Code postal :
Département :
N° de téléphone :
E-mail :
Date d'entrée dans la structure :

Volet Administratif

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°2) :

.....
.....

Catégorie d'ESMS * :

Adresse :

.....
.....

Commune : Code postal :

Département :

N° de téléphone :

E-mail :

Date d'entrée dans la structure :

Nom de l'autre établissement ou service médico-social et/ou sanitaire fréquenté à l'heure actuelle (n°3) :

.....
.....

Catégorie d'ESMS * :

Adresse :

.....
.....

Commune : Code postal :

Département :

N° de téléphone :

E-mail :

Date d'entrée dans la structure :

Commentaires :

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

9. Autonomie

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 (ex : lit vers fauteuil...)			
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			

Exigence générale et relations avec autrui	Pas de difficultés	Difficultés 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	Seul	Aide partielle	Aide totale
Gérer son traitement (médicamenteux et/ou autre)			
Faire ses courses			
Préparer un repas			
Entretien du linge, vêtements...			
Faire son ménage			
Gérer son budget			
Participer à des activités (sportives, culturelles, sorties...)			

Volet Autonomie

Fonctions sensorielles	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Ouïe			
Vue			

Prise en charge	Oui	Non	Fréquence		
			Journalière	Hebdomadaire	Mensuelle
Consultations médicales régulières					
Hospitalisations programmées					
Soins infirmiers					
Auxiliaire de vie					
Kinésithérapeute					
Orthophoniste					
Ergothérapeute					
Autre :					

Appareillage(s) cocher la ou les case(s) correspondante(s) :

- Canne
 Déambulateur
 Fauteuil roulant manuel
 Fauteuil roulant électrique
 Lit médicalisé
 Orthèse ou prothèse
 Appareil auditif

Autre (préciser) :

.....

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date de la demande

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature(s) de(s) la personne(s) concernée(s) et/ou de son représentant légal

Nom :	.....	Nom :	.....
Prénom :	.....	Prénom :	.....
Signature :	.....	Signature :	.....

Vous avez rempli ce dossier :

- Seul(e)
- Avec l'aide d'un proche
- Avec l'aide d'un professionnel
- Avec l'aide de votre tuteur/curateur

Signature de la personne vous ayant aidé à remplir ce dossier :

Nom :	.....
Prénom :	.....
Signature :	.....

Liste des pièces à joindre au dossier

- Copie pièce d'identité
- Copie des notifications de la MDPH
- Copie de l'attestation de sécurité sociale
- Copie du jugement de protection juridique, si concerné
- Attestation employeur ESAT

- Compte(s) rendu(s) des prises en charge dont vous bénéficiez (rapport social, compte rendu psychologique...)

Accusé de réception

Cet accusé de réception est à remplir par l'équipe éducative HAPY.

Dossier réceptionné le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom et prénom du
professionnel ayant
réceptionné le
dossier :

Fonction :
.....
.....

- Dossier complet
- Dossier incomplet, pièces ou informations manquantes :
.....
.....
.....
.....

Fait, le
A,

Signature du professionnel :

Réponse à la demande d'admission

La réponse à la demande d'admission est à remplir par l'équipe éducative HAPY dans un délai maximum de 2 mois à compter de la réception de la demande.

Décision :

- Admissible pour une entrée proche dans un logement HAPY
- Admissible sur liste d'attente
- Non admissible

En cas d' « Non admissible », motivez :
.....
.....

Fait, le
A,

Signature du professionnel :

Glossaire

MDPH : Maison départemental des Personnes Handicapées

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

ESMS : Etablissements et services médico-sociaux

*Liste des établissements médico-sociaux : Centre d'accueil médico-social précoce (**C.A.M.S.P.**) ; Centre Médico-Psycho-Pédagogique (**C.M.P.P.**) ; Institution médicoéducatif (**I.M.E.**) ; Institution thérapeutique éducatif et pédagogique (**I.T.E.P.**) ; Institut d'éducation motrice (**I.E.M.**) ; Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés (**E.E.A.P.**) ; Institut pour Déficiants Auditifs (**I.D.A.**) ; Institut pour Déficiants Visuels (**I.D.V.**) ; Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (**B.A.P.U.**) ; Maison d'Accueil Spécialisée (**M.A.S.**) ; Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (**F.A.M.**) ; **Foyer d'hébergement** (F.H.) ; **Foyer de vie** (F.V.) ; **Foyer d'accueil polyvalent** (F.P.) ; Etablissement et service d'aide par le travail (**E.S.A.T.**) ; Centre de pré orientation (**C.P.O.**) ; Centre de rééducation professionnelle (**C.R.P.**)

*liste des services médico-sociaux : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (**S.E.S.S.A.D.**) ; Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (**S.A.M.S.A.H.**) ; Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (**S.A.V.S.**) ; Service de soins infirmiers à domicile (**S.S.I.A.D.**) ; Service Polyvalent Aide et Soins A Domicile (**S.P.A.S.A.D.**) ; Service Prestataire d'Aide à Domicile (**S.A.A.D.**)

*liste des établissements sanitaires : **Hôpital** ; **Hôpital de jour** ; Hospitalisation à domicile (**H.A.D.**) ; Centre médico-pédagogique (**C.M.P.**)

*Autres : Protection Maternelle et infantile (**PMI**) ; **Structures classiques** (halte-garderie, jardin d'enfants, centre de loisirs) ; Entreprise adaptée (**E.A.**) ...