

DEMANDE D'ADMISSION

Cocher ci-dessous un ou plusieurs souhait(s) d'accompagnement possible(s) :

Foyer de vie QUESTEMBERT Foyer de vie St Vincent sur Oust Les deux

Accueil de jour

Hébergement

Date de la demande :

Nom et Prénom du demandeur :



PHOTO
(obligatoire)

NOM :

Prénom :

Date de naissance : **Lieu de naissance :**

Adresse personnelle :

.....
.....

Votre n° de téléphone :

Situation familiale :

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf (ve)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection judiciaire ? Oui Non

Laquelle (Tutelle, curatelle, habilitation familiale, autre) ?

NOM Prénom du/des représentant(s) légal/aux :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Mail :

Lien de parenté avec l'intéressé(e) :

Avez-vous une personne de confiance ? Oui Non

Si Oui, Nom Prénom et Coordonnées :

AIDE SOCIALE

Les Foyers de Vie "Marie Balavenne" ont une autorisation délivrée par le Président du Conseil Départemental du Morbihan.

Ils sont, à ce titre, habilités à recevoir des personnes bénéficiaires de l'Aide Sociale.

Pour intégrer l'un des établissements, vous devez adresser une demande d'aide sociale auprès du Centre Communal d'Action Sociale de votre commune.

Avez-vous fait une demande d'admission dans une autre/d'autres structure(s) ? Oui non

Si oui, la(les)quelle(s) ?

.....

HEBERGEMENT ACTUEL

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

Au domicile familial

NOM Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

Email :

En établissement

Nom de l'établissement :

Type d'établissement :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Depuis quelle date ? :

Accueil de jour

Hébergement

Autres, préciser :

Foyer de vie Marie Balavenne

2 Allée Marie Balavenne – 56230 QUESTEMBERG
Tél 02 97 49 08 64 – mail : mariebalavenne@wanadoo.fr

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CDAPH :

N° de dossier :

Orientation indiquée par la CDAPH :

Date de la décision :

Valable jusqu'au :

(Merci de joindre la photocopie de la notification d'orientation par la CDAPH)

Percevez-vous l'AAH ? Oui Non

Valable jusqu'au : Montant de AAH :

Percevez-vous la PCH ? Oui Non

Si oui : Aidant familial Employé à domicile

La PCH est valable jusqu'au :

Avez-vous la carte d'invalidité ? Oui Non

Si oui, à quel taux : Entre 50 et 80% Supérieur à 80 %

Valable jusqu'au :

Percevez-vous d'autres ressources ? Oui Non Si oui Montant :

Domicile de secours en cas d'urgence :

.....
.....

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Indiquer la mention « Décès » si le parent est disparu.

NOM et Prénom du père :

Date de naissance : ... / ... /

Adresse :

Téléphone :

Email :

NOM et Prénom de la mère :

Date de naissance : ... / ... /

Adresse :

Téléphone :

Foyer de vie Marie Balavenne

2 Allée Marie Balavenne – 56230 QUESTEMBERG
Tél 02 97 49 08 64 – mail : mariebalavenne@wanadoo.fr

Email :

Y a-t-il des retours prévus dans votre famille ? Oui Non

Tous les week-ends : Oui Non

Un week-end sur deux : Oui Non

Autres :

Pendant les vacances : Oui Non

Frères et sœurs :

NOM Prénom	Année de naissance

PARCOURS DE VIE

Merci d'indiquer les événements importants de votre vie, ainsi que les établissements fréquentés et/ou prises en charge par d'autres services :

Petite enfance :

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

Enfance Adolescence :

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

MIEUX VOUS CONNAITRE / QUESTIONNAIRE

NOM et fonction de la personne qui complète le questionnaire :

NOM et prénom de la personne concernée :

La personne peut-elle communiquer :

- Par la parole
- Communication non verbale, précisez :

La personne est-elle en risque vital en l'absence d'aide technique ou humaine ?

- Non
- Oui, en l'absence d'aide technique
- Oui, en l'absence de surveillance humaine
- Oui, en l'absence d'aide technique associée à une aide humaine

Précisions si vous avez coché « oui » :

.....
.....

La personne réalise-t-elle sa toilette seule ?

- Oui, sans aide
- Oui, avec quelques difficultés
- Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle
- Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout

La personne est-elle incontinente ?

- Non
- Oui, de nuit
- Oui, nuit et jour

La personne peut-elle s'habiller seule ?

- Oui, sans aide
- Oui, avec quelques difficultés
- Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle
- Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout

La personne peut-elle manger seule ?

- Oui, sans aide
- Oui, avec quelques difficultés
- Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle
- Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout

La personne bénéficie-t-elle d'un régime alimentaire :

- Oui
- Non

Précisions si vous avez coché « oui » :

.....
.....

La personne peut-elle se déplacer ?

- Oui, sans aide
- Oui, avec une aide technique (préciser :)
- Oui, avec une aide humaine
- Non

La personne se repère-t-elle dans le temps :

- Oui
- Partiellement
- Non

La personne se repère-t-elle dans l'espace :

Dans l'établissement

- Oui
- Partiellement
- Non

A l'extérieur de l'établissement

- Oui
- Partiellement
- Non

La personne sort elle de son lieu d'hébergement sans aide ?

- Oui, sans aide
- Non, besoin d'aide pour sortir
- Non, confinée au lieu d'hébergement

La personne est-elle en mesure de veiller à sa sécurité :

Ne pas mettre sa vie et/ou celle des autres en danger

- Oui
- Partiellement
- Non

Réagir de façon adaptée face à une situation risquée (percevoir les signaux de danger, adapter son comportement pour y faire face)

- Oui
- Partiellement
- Non

La personne se met-elle, par son comportement, en danger ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent

La personne parvient elle à respecter des règles de vie (politesse, comportement adapté dans ses relations, au sein de l'établissement, à l'extérieur ...)

- Oui Partiellement Non

Précisions (si vous avez coché « partiellement » ou « non »)
.....
.....

Quel est le niveau d'adaptation au groupe de la personne (sociabilité) ?

- Bon Moyen Difficile

Précisions (si vous avez coché « moyen ou difficile ») :
.....
.....

Autres observations/informations à nous communiquer ?

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



PIÈCE A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

La copie des documents suivants est à transmettre :

- Décisions CDAPH orientation Foyer de vie
- Justificatif de ressources
- Projet personnalisé si le demandeur est accompagné en structure
- 1 photo d'identité, à coller sur l'emplacement prévu à cet effet page n°2
- Carte d'identité
- Jugement de protection juridique

Ce dossier devra être complet et adressé en priorité par courrier électronique, à

l'adresse ci-dessous :

mariebalavenne@wanadoo.fr

Ou

Par voie postale ou dépôt sur site, à l'adresse ci-dessous :

Foyers de vie MARIE BALAVENNE

**2 Allée Marie Balavenne
56230 QUESTEMBERG**

Foyer de vie Marie Balavenne
2 Allée Marie Balavenne – 56230 QUESTEMBERG
Tél 02 97 49 08 64 – mail : mariebalavenne@wanadoo.fr