



Nom/Prénom de la personne concernée :
.....
Date de la demande :/...../20..

DEMANDE D'ADMISSION
« Accompagnement temporaire »
(Dans la limite des 90 jours par an)
Foyer de vie Questembert

Veillez cocher la case correspondant à votre demande :

- Expérimentation/évaluation
- Répit
- Relais aux aidants familiaux
- Situation dite « d'urgence »



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



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 le dispositif d'accompagnement temporaire, vous devez être détenteur d'une notification d'aide sociale à l'hébergement temporaire. A défaut, l'intégralité du prix de journée vous sera facturée (Demande d'aide sociale à effectuer auprès du Centre Communal d'Action Sociale de votre commune.

⚠ **IMPORTANT :**

Si vous réalisez des demandes d'Accueil Temporaire dans plusieurs établissements, vous devez réaliser une demande d'Aide Sociale pour chaque établissement demandé.

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 ? :

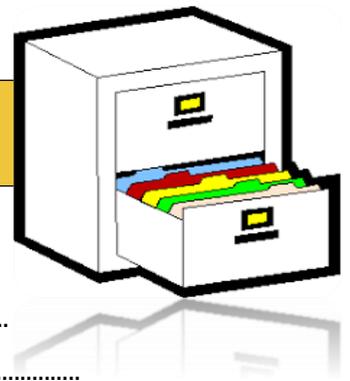
Accueil de jour

Hébergement

Autres, préciser :



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 CDAPH)

Percevez-vous l'AAH ? Oui Non

Valable jusqu'au : Montant de AAH :

Percevez-vous la PCH ? Oui Non

Si oui, quel type de PCH :
.....

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 identifié :

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX



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

NOM et Prénom de votre père :

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

Adresse :

Téléphone :

Email :

NOM et Prénom de votre mère :

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

Adresse :

Téléphone :

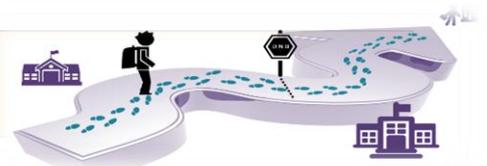
Email :



Avez-vous des frères et sœurs :

NOM Prénom	Année de naissance

PARCOURS DE VIE



Merci d'indiquer les événements importants de votre vie ainsi que le(s) établissement(s) et/ou service(s) par le(s)que(s) vous avez été accompagné :

Petite enfance :

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

Enfance/Adolescence :

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

Age adulte :

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



MIEUX VOUS CONNAITRE



Si le questionnaire est rempli par un tiers, indiquer le NOM de la personne et le lien qui vous unit :

.....

Capacités cognitives (Ma capacité à m'exprimer, à raisonner, à maintenir une attention sur une tâche, à raisonner,....) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Communication, socialisation, altérité (Ma capacité à entrer en communication avec l'autre, à entendre l'autre, à accepter l'autre, comment je communique ?) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indépendance, autonomie dans les actes de la vie quotidienne (Ma capacité à réaliser seul(e) ou accompagné(e) les actes de la vie quotidienne comme ma toilette, m'habiller, laver mon linge, réaliser l'entretien de mon espace privatif, prendre mes traitements) :

.....

.....

.....

.....

.....

Transport et déplacements (Comment je me déplace dans mon environnement interne et externe ?) :

.....

.....

.....

.....

.....



Activités (Quelles sont mes centres d'intérêt, les activités et/ou loisirs que je réalise ?) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Administratif (Comment je gère mon courrier, mon argent, mes documents administratifs, etc... ?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres observations ou informations à nous communiquer ?

.....

.....

.....

.....

.....

**VOS ATTENTES RELATIVES A CET
ACCOMPAGNEMENT TEMPORAIRE**



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





PIÈCES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

La copie des documents suivants est à transmettre :

- Notification CDAPH en vigueur « foyer de vie » ou « établissement médico-social non médicalisé » avec droits « accueil temporaire »
- Justificatif de ressources
- Projet personnalisé si vous bénéficiez d'un accompagnement médico-social
- 1 photo d'identité apposée sur la 2^{ème} page
- Photocopie de la carte d'identité
- En présence d'une mesure de protection à votre bénéfice, une photocopie de la décision du jugement

Ce dossier devra être complet et adressé en priorité par courrier électronique, à l'adresse ci-dessous :

accueil.fdvmb@leshardysbehelec.fr

Ou

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

Foyer de vie MARIE BALAVENNE

**2 Allée Marie Balavenne
56230 QUESTEMBERT**

