



DEMANDE D'ADMISSION

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

- ☐ Foyer de vie QUESTEMBERT ☐ Foyer de vie ST VINCENT S/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

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 bénéficier de l'aide sociale, 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 ? :

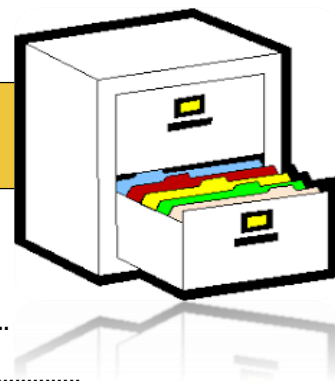
☐ Accueil de jour

☐ Hébergement

☐ Autres, préciser :



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 :



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

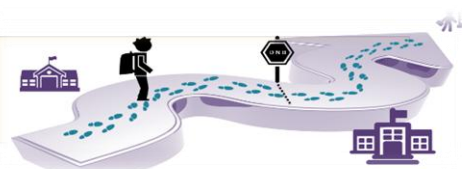
Si oui, à quelle fréquence ?

Pendant les vacances : ☐ Oui ☐ Non

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,...) :

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

Avez-vous des attentes spécifiques quant à votre accompagnement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



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 »
- ☐ 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**

