

INFORMATIONS IMPORTANTES À LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée au foyer de vie – foyer occupationnel du Mont-Clair doit adresser un dossier de demande d'admission complet.

Ce dossier comprend:

- Un volet administratif renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (tuteur, famille, travailleur social...).
- Un volet médical, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin, à mettre sous pli confidentiel, qui permet notamment au médecin psychiatre exerçant dans l'établissement d'émettre un avis circonstancié sur la capacité du foyer à prendre en charge la personne au vu du niveau de médicalisation de l'établissement.
- Le dossier social sera à joindre.
- Le dernier Projet Personnalisé

Seuls les dossiers complets seront traités.

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements) il convient de contacter le Conseil Départemental ou la MDPH dont la personne dépend.

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.



Page à compléter par l'administration du Mont-Clair

NOM :P	rénom :
Taux d'incapacité :	
Date de naissance : / à	
N° de Sécurité Sociale : II III II II II III	III II
Caisse:	
Domicile de secours :	
Date d'entrée : / /	
Établissement précédent :	
Prise en charge des Frais d'Hébergement :	
Ressources:	
PROTECTION JURIDIQUE:	
FAMILLE:	
Nom des personnes assurant les transports :	
Observations particulières :	

Courriel: secretariat@foyerdumontclair.fr / Site: foyerdumontclair.fr



Page à compléter par l'administration du Mont-Clair

CCUEIL:
HÉBERGEMENT
ACCUEIL DE JOUR
ACCUEIL TEMPORAIRE EN HÉBERGEMENT
ACCUEIL TEMPORAIRE DE JOUR

OBJECTIFS DE L'ACCOMPAGNEMENT:

Courriel: secretariat@foyerdumontclair.fr / Site: foyerdumontclair.fr



DOSSIER ADMINISTRATIF

ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Nom de famille (de naissance) : Nom d'usage : Prénom (s) : Date de naissance : / à
Prénom (s) :
Date de naissance :/ à N° immatriculation Sécurité Sociale : II IIIIIIIII
N° immatriculation Sécurité Sociale : II III II II II II I_
Nationalité :
Adresse:
Code Postal : IIII Ville :
── Tél. Fixe: I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I
Adresse e-mail : @
SITUATION FAMILIALE
☐ Célibataire ☐ Vit maritalement ☐ Pacsé (e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf (ve) ☐ Séparé (e) ☐ Divorcé (e)
Nombre d'enfant(s):
MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE
□ Oui □ Non
Si oui, laquelle ? ☐ Tutelle ☐ Curatelle
CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, orientation en lien avec l'évolution de la personne, etc) :
de la personne, etc, .



RESPONSABLE LÉGAL

Organisme de	tutelle/curatelle :		
Civilité :	☐ Monsieur	☐ Madame	
Nom de famille	e :		. Prénom :
Si le tuteur est	familial, quel est le lien	de parenté :	
Date de naissa	nce : / /	à	
Adresse:			
Code Postal : I	IIII Ville : .		
ੴ Tél. Fixe : l_	_ _	I II_I Po	ortable : II _
Adresse e-mail	l:		@



PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : ☐ Oui ☐ Non
Si oui :
Nom de famille (de naissance) :
Nom d'usage :
Prénom (s) :
Adresse :
Code Postal : IIII Ville :
Tél. Fixe : IIIIIIIII II Portable : IIIII II II II II II
Adresse e-mail :@
Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :
DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT RECHERCHEE :
☐ Hébergement permanent ☐ Hébergement temporaire ☐ Accueil de jour ☐ Accueil de jour temporaire
Durée du séjour pour l'hébergement temporaire souhaité :
Situation de la personne concernée à la date de la demande :
Dans tous les cas, préciser le nom de l'établissement et du service précédent :
La personne concernée est-elle informée de la demande ?
La personne concernée est-elle consentante (a la demande) ?
Dans le cas où la personne ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé a-t-il pu être recueilli ?



FAMILLE			
Prénom :		•••••	
Adresse :			
Code Postal : IIIII Ville :			
Tél. Fixe : III IIIIII	_I II_I P	ortable : I	_ _
Adresse e-mail :		@	
Lien de parenté :			
ASPECTS FINANCIERS			
Aide Sociale à l'hébergement :	☐ Oui	☐ Non	☐ Demande en cours
Allocation logement (APL/ALS) :	🗖 Oui	☐ Non	☐ Demande en cours
Allocation Adulte Handicapé (AAH) :	☐ Oui	☐ Non	☐ Demande en cours
DATE D'ENTRÉE SOUHAITÉE			
☐ Immédiat ☐ Dans les 6 mois ☐ É	chéance p	olus lointai	ne
Date de la date : / /			
Signature de la personne sollicitant l'accu	ıeil ·		Signature du responsable légal :
Signature de la personne sonicitant i acct	acii .		signature du responsable legal.

Courriel: secretariat @foyer dumont clair.fr/Site: foyer dumont clair.fr





PERSONNE CONCERNÉE

DOSSIER MÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES HANDICAPÉES

	Civilité :	□ M	:\.							
		•	•							
	•									
	. ,									
	Date de naissar	nce :	/	/a					•••••	
	MOTIF DE DEI	MAND	E							
	☐ Changemen	t d'étal	blissemen	nt 🖵 Fin/Ret	our d'hospit	talisation 🚨 Maint	cien à domicile	difficile		
	☐ Autres (préc	ciser) : .								
	Nom du Médec	in Trait	ant :							
	Adresse:									
	Code Postal : I_	_ _ _		Ville :						
	Tél. Fixe : I_	_	_ _ _	! !	I					
	Nom du Psychia	atre ou	du spécia	aliste en charge	e de la défici	ence primaire :				
	-		-	_		·				
	Code Postal : I_	_ll_	_ _	Ville :						
	Tél. Fixe : I_	_ _	_ _	_ _	I					
ļ	Antécédents m	édicaux	x. chirurgi	icalix		Pathologies actuelles				
						Pathologies actuel	162			
			.,	cuux		Pathologies actuel	163			
					ces (nom mé					
					ces (nom méd	dicaments, posologie, v		:		
	Traitements en	cours	ou joindre	e les ordonnan		dicaments, posologie, v	oie d'admission)			
OND	Traitements en	cours	ou joindre	e les ordonnan	Si oui, précis	dicaments, posologie, v er :	oie d'admission)		Non	
	Traitements en	cours c	ou joindre	e les ordonnand S PORTAGE DI	Si oui, précis E BACTERIE I	dicaments, posologie, v er:	oie d'admission)		1	
cool	Traitements en	cours c	ou joindre	e les ordonnan	Si oui, précis E BACTERIE I	dicaments, posologie, v er:	oie d'admission)		1	
cool	Traitements en	cours c	ou joindre	PORTAGE DI	Si oui, précis E BACTERIE I ser (localisat	dicaments, posologie, v er:	oie d'admission)		1	
cool	Traitements en	cours c	ou joindre	PORTAGE DI	Si oui, précis E BACTERIE I ser (localisat	er:MULTIRESISTANTE	oie d'admission)		1	
cool	Traitements en	cours o	Non Non	PORTAGE DI Si oui, précis Préciser la d	Si oui, précis E BACTERIE I ser (localisat	er:MULTIRESISTANTE	Ne sait pas	Oui	Non	
cool	Traitements en	cours (Non Non	PORTAGE DI Si oui, précis Préciser la d	Si oui, précis E BACTERIE I ser (localisat	er:MULTIRESISTANTE ion)	Ne sait pas	Oui	Non	Non
cool	Traitements en Allergies : Ou OUITE À RISQUE	orielles	Non Non Cécité :	PORTAGE DI Si oui, précis Préciser la d	Si oui, précis E BACTERIE I ser (localisat ate du derni	er:	Ne sait pas	Oui	Non kg	
cool	Traitements en Allergies : □ Ou UITE À RISQUE Taille :	ours our	Non Non Cécité :	PORTAGE DE Si oui, préciser la d	Si oui, précis E BACTERIE l Ser (localisat ate du derni	er :	Ne sait pas	Oui	Non kg ui 📮	Non Non
cool	Traitements en Allergies : Ou UITE À RISQUE I ge Taille :	orielles prielles	Non Non Cécité :	PORTAGE DE Si oui, préciser la d	Si oui, précis E BACTERIE I ser (localisat ate du derni	er:	Ne sait pas	Oui	Non kg	Non Non
cool	Traitements en Allergies : □ Ou UITE À RISQUE Taille :	orielles prielles	Non Non Cécité :	PORTAGE DI Si oui, précise Préciser la d cm Oui Oui	Si oui, précis E BACTERIE I Ser (localisat ate du derni Non Non Non	er:	Ne sait pas	Oui	Non kg	Non Non

33 rue Louis Pons, 47380 Monclar - d'Agenais

 $Courriel: secretariat@foyerdumontclair.fr \ / \ Site: foyerdumontclair.fr$



DOCUMENT MÉDICAL À METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNÉES SUR L'AUTONOMIE		Α	В	С	SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Transfert					Idées délirantes		
Déplacement	À l'intérieur				Hallucinations		
Deplacement	À l'extérieur				Agitation, agressivité (cris)		
Toilette	Haut				Dépression		
Tollette	Bas				Anxiété		
Élimination	Urinaire				Apathie		
Ellillillation	Fécale				Désinhibition		
	Haut				Comportements moteurs		
Habillage	Moyen				Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes		
	Bas				incessants, risque de sorties non accompagnées) Troubles du sommeil		
Alt	Se servir				Troubles au sommell		
Alimentation	Manger						
Temps					APPAREILLAGES		
Orientation	Espace				☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel ?		
Communication alerte							
Cohérence							
			<u> </u>	<u> </u>	1		
COMMENTAL	RES ET RECOMM	ANDAT	IONS É	VENTUE	LLES (contexte, aspects cognitifs)		

Signature et cachet

Nom du Médecin qui à renseigné le dossier (si différent du médecin traitant):

Code Postal : I__I__I__I Ville :

Date : ____/ ____/

Courriel: secretariat@foyerdumontclair.fr / Site: foyerdumontclair.fr