

A RETOURNER REMPLI

par email : celine.mazier@udaf72.fr

par courrier : Udaf 72, à l'attention de Céline MAZIER, 67, Boulevard Winston Churchill - 72019 Le Mans Cedex 12



H A P I

C h e z s o i s a n s ê t r e s e u l

Habitat Accompagné Partagé et Inséré dans la vie locale



Dossier de candidature

Choix géographique du programme

Merci de cocher le programme souhaité - Plusieurs choix possibles

- LE MANS – ouverture au 1er mars 2023
- LA FLECHE – ouverture prévue en septembre 2023
- LA FERTE BERNARD – ouverture prévue au cours du 1er trimestre 2024

Etat civil du candidat

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :/...../.....

Adresse actuelle :

.....

Coordonnées téléphoniques :

Situation familiale :

Protection juridique

Nature de la mesure de protection

- Tutelle Curatelle renforcée Sauvegarde de justice Curatelle simple
- Habilitation familiale Aucune mesure de protection judiciaire

Organisme ou personne mandaté(e)

- ATH Préposé EPSM MJPM privé Udaf72 Tuteur familial

Nom et coordonnées du représentant légal ou du délégué en charge de la mesure pour les services

.....

.....

.....

.....

Ressources

- AAH Complément de ressources Majoration pour la vie autonome
 Pension d'invalidité (préciser dans ce cas la catégorie) : ____ème catégorie
 Rente accident de travail Retraite
 Autre (préciser) :

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

La personne est-elle endettée ? Oui Non

Si oui, préciser :

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

Notification de droits MDA (ex MDPH)

- AAH PCH aide humaine ACTP
 Carte mobilité inclusion SAVS SAMSAH
 Autres droits ouverts (préciser) :

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

Lieu de vie actuel

- Logement autonome Hébergé (e) chez un tiers, en famille
 Famille d'accueil agréée auprès du département Famille d'accueil thérapeutique
 Hospitalisation Etablissement médico-social (*préciser*) :

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

Autre (*préciser*) :

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

Soutien à domicile (1)

Le candidat bénéficie-t-il d'une aide dans la réalisation des actes de la vie quotidienne ?

- Oui Non

Si vous répondez "Oui", merci de remplir le cadre "Soutien à domicile (2)".

Si vous répondez "Non", vous pouvez directement remplir le cadre "Suivi médical"

Soutien à domicile (2)

Pour quel type de prestation bénéficiez-vous d'une aide ?

- Aide aux courses - fréquence :
- Aide à l'entretien du logement - fréquence :
- Portage de repas - fréquence :
- Préparation des repas à domicile – fréquence :
- Aide à la toilette – fréquence :
- Autres (préciser) : (*préciser*) :
-
-

Quel est le mode de financement ?

- Autofinancement PCH ACTP Caisse de retraite
- Autres (préciser) :
-

Quels sont les intervenants ?

- Organisme prestataire (préciser) :
- Organisme mandataire (préciser) :
- Emploi direct
- Proche

Suivi médical

La personne a-t-elle un médecin traitant ? oui non

Si oui, Nom du médecin et coordonnées :

.....

La personne bénéficie-t-elle d'un suivi régulier de l'EPSM? oui non

Si oui, merci d'en préciser les modalités

CMP Hôpital de jour autre :

.....

La personne a-t-elle un psychiatre référent ? oui non

Si oui, Nom et coordonnées si le psychiatre consulte en libéral :

.....

La personne consulte-t-il régulièrement d'autres professionnels paramédicaux ?

oui non

Si oui, merci de préciser :

Infirmier libéral (nom et coordonnées) :

Kinésithérapeute (nom et coordonnées) :

Pédicure / podologue (nom et coordonnées) :

Orthophoniste (nom et coordonnées) :

Autres (préciser) :

Préciser l'entourage existant (familles, proches) :

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

Expérience de vie autonome (avez-vous déjà vécu seul(e), dans quel type de logement, combien de temps, comment cela s'est-il passé... ?) :

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

Autres (plusieurs réponses possibles) :

- Consommation tabac : oui non

Si oui, merci de préciser :

- Nb de cigarettes/jour
- Capacité à autogérer sa consommation : oui non

- Autres addictions : oui non

Si oui, merci de préciser :

.....

- Propriétaire d'animaux : oui non

Si oui, merci de préciser quel animal :

.....

Fait à Le/...../.....

Signature du candidat

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

Pièces justificatives

A joindre **OBLIGATOIREMENT**

- Le jugement de mise sous protection.
- Un budget prévisionnel actualisé
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Les notifications MDA en cours
- Le plan d'aide PCH ou ACTP en cours de validité si droit ouvert ou toute autre prise en charge d'heures d'intervention à domicile

Signatures

Merci de bien vérifier les signatures avant de nous transmettre ce dossier :

- Signatures du candidat page 5 et 7
- Signatures du mandataire page 6 et 7

Données personnelles

Pour procéder au traitement des données des personnes que vous représentez ou assistez, votre consentement est nécessaire.

L'UDAF procède à un traitement des données personnelles pour la mise en œuvre des engagements réciproques prévu au présent document, sur le fondement de l'article 6.1.a du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données, ou RGPD).

Les données suivantes du présent document sont enregistrées et conservées durant cinq ans maximum après la clôture du dossier et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : Etat, Département : Sarthe Autonomie, CAF, EPSM de la SARTHE. Conformément au RGPD et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi informatique et libertés), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données. Vous pouvez également demander la limitation du traitement de vos données ou retirer votre consentement au traitement de vos données à tout moment.

Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant par mail à dpo@udaf72.fr ou par courrier. Vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, si vous considérez que le traitement de données à caractère personnel vous concernant constitue une violation du règlement général sur la protection des données et de la loi informatique et libertés.

Nous déclarons avoir pris connaissance du traitement des données confidentielles.

Signature du candidat

Signature du mandataire