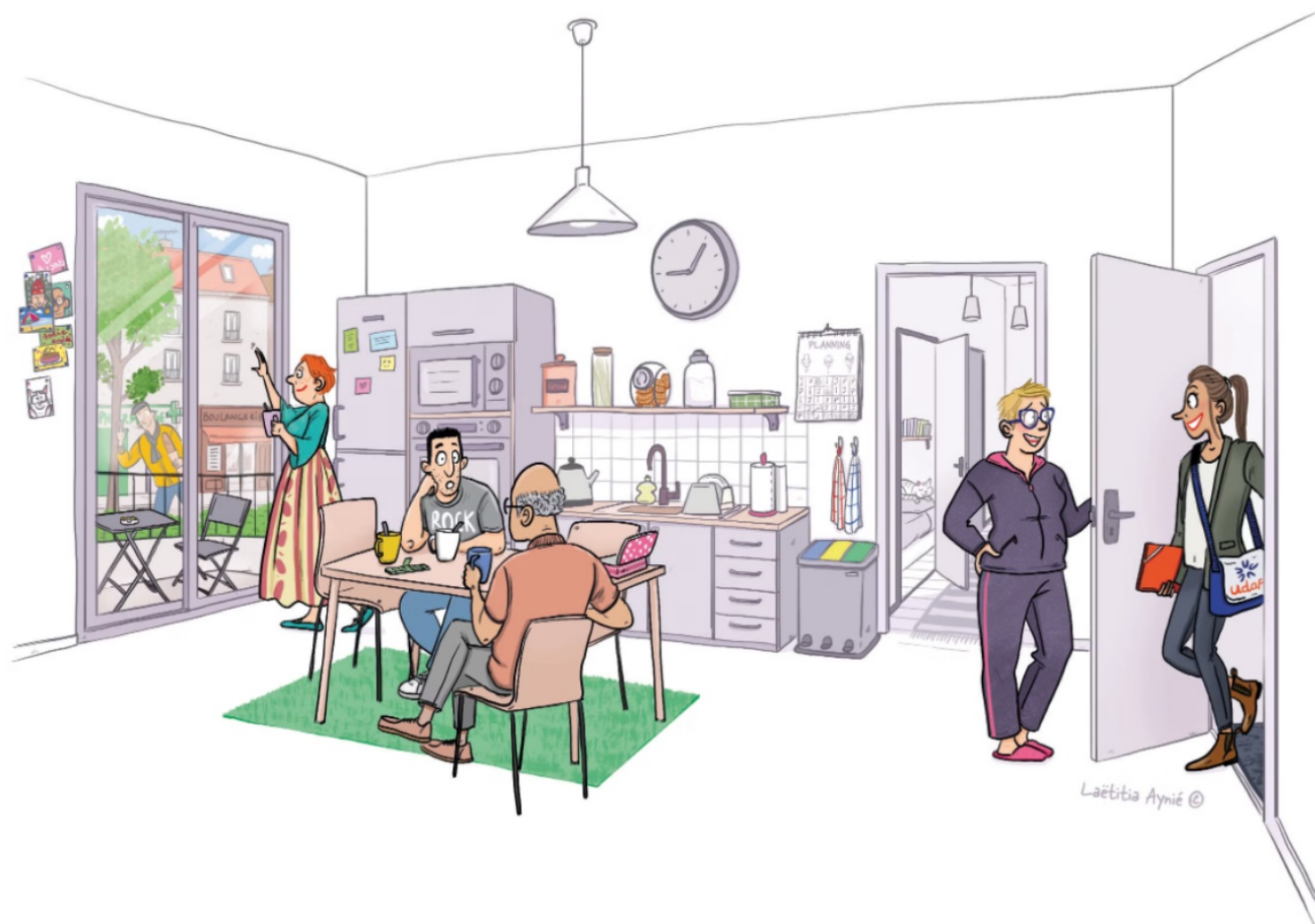


DOSSIER DE CANDIDATURE



📍 67 boulevard Winston Churchill
72019 Le Mans Cedex 12

✉ melanie.leroux@udaf72.fr

☎ 07.56.41.90.20

🌐 www.udaf72.fr



HAPI

Chez soi sans être seul



Habitat Accompagné Partagé et Inséré dans la vie locale



A RETOURNER REMPLI



melanie.leroux@udaf72.fr



**Udaf 72, à l'attention de Mélanie LEROUX,
67 Boulevard Winston Churchill - 72019 Le
Mans Cedex 12**

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 médicosocial (*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"*

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 atelle un médecin traitant ? ☐ oui ☐ non

Si oui, Nom du médecin et coordonnées :
.....

La personne bénéficietelle d'un suivi régulier de l'EPSM ? ☐ oui ☐ non

Si oui, merci d'en préciser les modalités

☐ CMP ☐ Hôpital de jour ☐ autre :
.....
.....

La personne atelle un psychiatre référent ? ☐ oui ☐ non

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

La personne consultetil 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):

Partie à compléter avec le candidat

Motivation formulée par le candidat pour entrer dans le programme HAPI

This image shows a full page of white paper with evenly spaced horizontal dotted lines, typical of notebook paper or a template for handwriting practice. The lines extend across the entire width of the page from top to bottom.

Insatisfactions et difficultés dans le mode de vie actuel :

This image shows a full page of white paper with evenly spaced horizontal dotted lines, typical of notebook paper or a template for handwriting practice. The lines extend across the entire width of the page from top to bottom.

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

.....

Partie à compléter par le mandataire

Avis circonstancié de la personne en charge de la mesure de protection

(Rappel parcours de vie de la personne, forces et fragilités, capacités à vivre en petit collectif, ...)

Fait à Le/...../.....

Signature du mandataire

Pièces justificatives

A joindre **OBLIGATOIREMENT**

- ☐ Le jugement de mise sous protection.
- ☐ Un budget prévisionnel actualisé
- ☐ Le dernier avis d'imposition ou de nonimposition
- ☐ 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
- ☐ Grille d'évaluation des habiletés psychosociales

Signatures

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

- ☐ Signatures du candidat page 6 et 8
- ☐ Signatures du mandataire page 7 et 8

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° 7817 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