

Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social  
pour adultes



**Ce document est conçu pour vous aider à remplir le formulaire de demande, mais il ne peut pas être utilisé à la place du formulaire.**

**Téléchargez le formulaire [ici](#) (Ctrl + entrée sur le lien) et remplissez-le en vous aidant des conseils ci-dessous**

**A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'épouse ou nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

Nationalité :  Française  EEE ou Suisse  Autre

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_

Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Si vous avez un n° de dossier MDPH, précisez :  
Le n° : \_\_\_\_\_ Dans quel département ? \_\_\_\_\_

cadre A « identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : cette rubrique concerne les éléments d'état civil (nom et prénom), couverture sociale (numéro d'assuré social du demandeur) et éventuellement le numéro de dossier de la MDPH ayant traité la première ou précédente demande.

**A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande**

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Si vous avez élu domicile au sein d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : \_\_\_\_\_

cadre A2 « adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : coordonnées du demandeur.

#### A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle     Curatelle simple     Curatelle renforcée     Autre

Nom de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de la personne ou organisme : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

cadre A4 « représentant légal (pour les adultes –le cas échéant) » : si le demandeur été placé sous mesure de protection juridique il convient d'indiquer de quelle mesure il s'agit (tutelle, curatelle, ou autre), et les coordonnées de la personne ou de l'organisme le représentant légalement.

#### A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_  MSA     Autre

Nom et prénom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

cadre A5 « identification de l'organisme payeur de prestations familiales » : indiquer dans cette rubrique l'organisme de prestations familiales dont dépend, éventuellement, le demandeur ainsi que le nom de l'allocataire.

#### A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes :  Célibataire     Marié(e)     En couple sans être marié(e)

Séparé(e), divorcé(e), veuf/ve

Depuis le : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

cadre A6 « situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : renseigner la situation matrimoniale de l'adulte, ainsi que le nombre d'enfants à charge de la famille. Pour les personnes en couple, renseigner les coordonnées et la date de naissance du conjoint.

## A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> <b>Salarié(e)</b> y compris apprentissage depuis le :		
Type de contrat :		
Date de début du contrat :		
Date de fin du contrat :		
en milieu protégé ESAT depuis le :		

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> <b>Stagiaire</b> de la formation professionnelle depuis le :		
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de votre employeur : ou organisme de formation		
Adresse de votre employeur : N° et Rue :		
ou organisme de formation Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation		
<input type="radio"/> <b>Non salarié(e)</b> depuis le :		
y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
<input type="radio"/> <b>Inscrit(e) comme demandeur d'emploi</b> depuis le :		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Retraité(e)</b> depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Bénéficiaire d'une pension</b> depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Rente accident du travail :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Autre</b> depuis le :		
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)		
Précisez :		

cadre A7 « situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : indiquer la situation professionnelle du demandeur ainsi que de son conjoint (CDD, CDI, demandeur d'emploi indemnisé ou non, non salarié, RSA, AAH, pension d'invalidité, retraite...)

### A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire, sous-locataire ou co-locataire     Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)  
 Propriétaire ou accédant à la propriété     Autres, précisez : \_\_\_\_\_

cadre A9 « logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge » : indiquer la situation par rapport au logement.

### B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.  
Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour concevoir votre Plan personnalisé de compensation.  
Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, mobilité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs...  
Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou vos choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :  
Langue française avec ou sans LSF (Langue française Parlée Complétée), OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

cadre B « Expression des attentes et besoins de la personne concernée » :

Bien que facultative, cette partie est importante car elle permet d'expliquer en quoi la situation de handicap du demandeur a des répercussions sur sa vie professionnelle et sociale. C'est également l'endroit où exprimer précisément ses besoins afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de répondre au mieux à ses attentes.

## J - Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes

Quelle est votre situation actuelle ? Vous bénéficiez de :

- Un accueil de jour - précisez : \_\_\_\_\_
- Un hébergement de nuit - précisez : \_\_\_\_\_
- Un hébergement permanent - précisez : \_\_\_\_\_
- Un accompagnement - précisez : \_\_\_\_\_
- Autres (accueils temporaires ...) - précisez : \_\_\_\_\_

Quelle orientation souhaitez-vous ?

- Un accueil de jour (CVA ...)
- Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)
- Un hébergement permanent (foyer d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)
- Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)
- Autres (accueil temporaire ...)

Date d'entrée souhaitée : \_\_\_\_\_

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

Nom : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

cadre J « demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes » : Si, au moment de la demande, le demandeur vit en établissement, remplissez le premier paragraphe concernant la situation actuelle.

Quelle que soit la situation, indiquer l'orientation souhaitée (coordonnées de l'établissement désiré et date d'entrée)

Pièces justificatives :

- formulaire de demande
- certificat médical de moins de 3 mois
- justificatif d'identité (carte nationale d'identité, livret de famille, carte de séjour en cours de validité)
- justificatif de domicile
- attestation de jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice (si le demandeur est sous protection juridique)



Indiquer en haut de chaque page le nom et prénom du demandeur.

Dater et signer la demande en dernière page.

Si le demandeur est sous protection juridique, son représentant légal signe. Dans le cas contraire, il lui appartient de signer.