

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



12688\*01

## 1 – Identification de la demande

- Orientation vers un établissement médico-social  
 Orientation vers un service médico-social

Première demande

Ré-examen

Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

## 2 – Identifiez la personne concernée par la demande

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

Nom d'époux(se) : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale de la personne  
concernée par la demande :

## 3 – Situation actuelle du demandeur

Êtes-vous accueilli(e) ou accompagné(e) par un établissement ou un service ?  OUI  NON

• Si OUI, précisez par quel(s) type(s) de prise en charge ?

- De jour (5 jours par semaine)  Jour et nuit à temps plein  Accueil temporaire  
 De jour (moins de 5 jours par semaine)  Jour et nuit à temps partiel

• Si OUI, précisez par quel(s) type(s) d'établissement ou de service ?

- IME (Institut Médico-Educatif)  
 ITEP (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique)  
 IEM (Institut d'Education Motrice)  
 MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)  
 FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)  
 Foyer de vie ou occupationnel  
 Foyer d'hébergement pour travailleur handicapé  
 SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées)  
 SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)  
 Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

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

• Si NON, êtes-vous :  à votre domicile  hébergé(e) par un accueil familial agréé

Travaillez-vous actuellement ?  OUI  NON

• Si OUI, quelles sont les coordonnées de votre employeur ?

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

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

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

Téléphone :

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

### 4 – Situation souhaitée par le demandeur

**Souhaitez-vous être accueilli(e) ou accompagné(e) par un établissement ou service médico-social ?**

• Si OUI, précisez par quel(s) type(s) de prise en charge ?

- De jour (5 jours par semaine)                       Jour et nuit à temps plein                       Accueil temporaire  
 De jour (moins de 5 jours par semaine)                       Jour et nuit à temps partiel

• Précisez par quel(s) type(s) d'établissement ou de service ?

- MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)  
 FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)  
 Foyer de vie ou occupationnel  
 Foyer d'hébergement pour travailleur handicapé  
 SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées)  
 SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)  
 Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

A partir de quelle date :

Avez-vous une préférence pour un établissement ?     OUI     NON

Si oui, lequel ?

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

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

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

Téléphone :

### 5 – Procédure simplifiée

- Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée  
 Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

**Le choix de la procédure simplifiée et ses conséquences sont expliqués dans le mode d'emploi figurant à l'intérieur de la chemise de demande qui vous a été fournie avec ce formulaire.**

### 6 – Date et lieu de la déclaration

Fait à : \_\_\_\_\_ Le :

Signature  de la personne concernée ou  de son représentant légal

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (*Article L 114-13 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles*).

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 rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

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

### 7 – Pièces à joindre

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

► **Pièces obligatoires (communes à l'ensemble des demandes du dossier) :**

Certificat médical, rempli par votre médecin traitant et daté de moins de 3 mois

**Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen\* :**

Photocopie lisible :  de la carte nationale d'identité  
 *ou* du livret de famille  
 *ou* du passeport  
 *ou* un extrait d'acte de naissance

**Si vous êtes ressortissant d'un état hors de l'espace économique européen\* :**

Photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité

**Si vous êtes sous tutelle ou curatelle :**

Attestation du jugement de tutelle ou curatelle – sauvegarde de justice

Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer...)

\* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.