

DOSSIER DE CANDIDATURE

A renvoyer par @ à Emilie Rolland sur sa boite
mail emilie.rolland@apf.asso.fr

A renvoyer accompagné de la notification
MDPH

NOM :

Prénom :

Pour s'assurer des besoins et attentes de la personne qui souhaite intégrer un projet d'habitat inclusif, le recueil de données ci-après est à compléter.

A compléter avec la famille et / ou le représentant légal

INFORMATIONS GÉNÉRALES DU CANDIDAT

Nom :Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : Age :

Lieu de naissance : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Mail :

Coordonnées d'une personne de confiance (famille, proche, ...):

Nom/Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Mail :

SITUATION ACTUELLE

Situation familiale

En couple Célibataire

Avez-vous un ou des enfant(s) ? Oui Non

Si oui, précisez leur âge :

Lieu de résidence

A votre domicile : Propriétaire Locataire

Hébergé par votre famille ou un proche

En établissement :

FAH FDV MAS FAM

Autre :

Depuis combien de temps :

Vous êtes sur liste d'attente pour un établissement :

FAH FDV MAS FAM

Autre :

Depuis combien de temps :

Situation professionnelle

Avez-vous une activité professionnelle ? Oui Non

Si oui : Milieu ordinaire (dont entreprise adaptée) ESAT

Si ESAT : SAESAT OUI NON Nombre de jours /semaine

Nom de l'entreprise :

Adresse du lieu de travail :

Combien d'heures exercez-vous par semaine ?

Temps plein

Temps partiel, nombre d'heures :

Quel poste occupez-vous ?

Si non, vous êtes :

Demandeur d'emploi En invalidité Retraité

Etes-vous sur liste d'attente ESAT ? Oui Non

Depuis combien de temps ?

Suivi sanitaire, social et médico-social

Bénéficiez-vous d'un suivi à domicile ?

Type de service :	Nom du service :
<input type="checkbox"/> SAVS	
<input type="checkbox"/> SAMSAH	
<input type="checkbox"/> SAAD	
<input type="checkbox"/> SESSAD	
<input type="checkbox"/> HAD	
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers	
<input type="checkbox"/> Autre	

Bénéficiez-vous d'un suivi en extérieur ?

Type de service :	Coordonnées de la structure
<input type="checkbox"/> Accueil de jour	
<input type="checkbox"/> Psychologue	
<input type="checkbox"/> Psychomotricien/Ergothérapeute	
<input type="checkbox"/> Orthophoniste	
<input type="checkbox"/> Externat IEM	
<input type="checkbox"/> Psychiatre	
<input type="checkbox"/> Assistant social	
<input type="checkbox"/> Autre	

ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Vos déplacements :

A l'intérieur, vous vous déplacez :

- Sans aide
- Avec l'aide d'une personne
- Avec une canne
- Avec un déambulateur
- En fauteuil roulant : manuel électrique

A l'extérieur, vous vous déplacez :

- Sans aide
- Avec l'aide d'une personne
- Avec une canne
- Avec un déambulateur
- En fauteuil roulant : manuel électrique
- Avec un véhicule personnel
- Avec les transports en commun
- Autre –précisez :

Etes-vous capable de discerner les dangers en extérieur ?

- Oui Non

Vos aptitudes et besoins d'assistance :

Les tableaux suivants nous permettent de mieux appréhender vos aptitudes et vos besoins d'assistance. En cas d'aide partielle, merci de préciser le niveau :

N1 : sous surveillance N2 : aide légère N3 : aide importante

TRANSFERT	Seul	Aide partielle			Aide totale
		N1	N2	N3	
Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOINS & HYGIENE	Seul	Aide partielle			Aide totale
		N1	N2	N3	
Soins d'apparence (coiffure, rasage, hygiène dentaire...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation des toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage / déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE	Seul	Aide partielle			Aide totale
		N1	N2	N3	
Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer un repas simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretenir son linge et ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer son budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lecture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Faire des démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

VIE SOCIALE			
Est-ce facile pour vous de :	Oui	Non	Commentaires
Vivre en petit groupe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avoir des relations de voisinage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Occuper votre temps libre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exprimer une demande liée à vos droits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Participer à la vie locale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Participer à la vie sociale et civique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Partir en vacances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Centres d'intérêts :

.....

Pratiquez-vous des activités socio-culturelles ? Oui Non

Précisez :

Pratiquez-vous des activités sportives ? Oui Non

Précisez :

Pratiquez-vous des activités artistiques ? Oui Non

Précisez :

Pratiquez-vous d'autres activités ? Oui Non

Précisez :

Semaine type

Décrivez-nous votre quotidien :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Heure du lever							
Activité(s) du matin							
Heure du déjeuner							
Activité(s) de l'après-midi							
Heure du dîner							
Activité(s) de la soirée							
Heure du coucher							

Observations / renseignements complémentaires que vous souhaitez transmettre afin de nous aider à mieux vous connaître :

ATTENTES ET BESOINS LIÉS À L'HABITAT INCLUSIF

Cette partie vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes, vos envies, vos besoins et votre motivation à vouloir intégrer un habitat inclusif.

Vos motivations :

Pourquoi avez-vous envie d'intégrer un habitat inclusif ?

En quoi cela va-t-il vous changer votre vie ? qu'espérez-vous que cela va améliorer dans votre vie ?

Que pense votre entourage de votre envie d'entrer dans un habitat inclusif ?

Qu'attendez-vous de vos futurs colocataires ou co-habitants?

DONNÉES ADMINISTRATIVES ET FISCALES

Nature et montant des revenus

Ressources	Montant mensuel (préciser heures et euros)	Date d'attribution	Date de fin des droits
Allocation Adultes Handicapés (AAH)			
Majoration pour la vie autonome (Complément d'AAH)			
Allocation logement			
Indemnités journalières			
Pension d'invalidité			
Rente accident de travail			
Revenu salaire			
Prime d'activité			
Pension alimentaire			
Indemnités de chômage			
Allocation compensatrice tierce personne			
Majoration tierce personne			
Rente (préjudice corporel)			
Bénéficiez-vous de la PCH ?			
Autres :			

Mesure de protection

- Je n'ai pas de mesure de protection
- Tutelle
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée
- Sauvegarde de justice
- Habilitation familiale
- Autre :

Si mesure de protection : mandataire professionnel mandataire familial

Organisme :

Nom et prénom du délégué mandataire :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Droits ouverts à la MDPH

Type de notification MDPH	Date de début	Date de fin

Si vous bénéficiez d'une PCH aide humaine, quel est le montant de votre aide et /ou le nombre d'heures attribuées ?

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

Précisez l'identité, la qualité et les coordonnées de la personne ayant complété ce dossier de candidature :

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

Fait le :

Adhésion à APF France handicap :

Signature du candidat et /ou du rédacteur