



Date de la demande _____

Si vous faites la demande pour une tierce personne, merci de préciser :

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Nature du lien : _____

Renseignements concernant la personne

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ Féminin Masculin

Adresse : _____

Téléphone : _____ Répond au téléphone : Oui Non

Mail : _____ Contact uniquement par SMS

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Numéro d'assuré social : _____

Affection de Longue Durée : Oui Non AME : Oui Non

Numéro allocataire CAF : _____

Conditions de vie

Vit seule En couple Avec des enfants Avec un proche

Précisions sur le logement :

Locataire Propriétaire Hébergé
 Maison plain-pied Maison à étage Appartement rdc Appartement à l'étage
 Avec ascenseur Sans ascenseur

Mesure de protection juridique

Pas de mesure Curatelle Curatelle renforcée Tutelle
 Habilitation familiale Autres Demande en cours

Coordonnées de la personne ou du service exerçant la mesure :



Situation actuelle

- En arrêt maladie En invalidité En activité
 Sans activité Sans ressources

▪ Notifications d'orientation MDPH

- SAVS SAMSAH Pas de notification Demande en cours

Dates notification d'orientation : du _____ au _____

Numéro dossier MDPH : _____

▪ Autres droits MDPH

- AAH Complément
 CMI Invalidité CMI Priorité

CMI Stationnement

PCH, Détailler _____

Orientation professionnelle et/ou formation

▪ Renseignements concernant le proche aidant

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Nature et fréquence du soutien apporté : _____

Informations concernant la situation de handicap

- Troubles moteurs Troubles cognitifs Troubles sensoriels

Descriptif des troubles :

Utilisation transports en commun Oui Non

Marche intérieure Oui Non

Marche extérieure Oui Non

▪ Aides techniques existantes

- Aucune Canne anglaise Déambulateur
 Lit médicalisé FRM



Autres, préciser : _____

■ **Intervenants/réseau partenarial et coordonnées**

Médecin traitant : _____

Kinésithérapeute : _____

IDEL jour : _____

IDEL nuit : _____

Orthophoniste : _____

Assistante sociale : _____

SSIAD : _____

SAAD : _____

Médecins spécialistes : _____

Autres : _____

Ergo : _____

HAD : _____

CMP : _____

■ **Besoins identifiés de la personne**

Aide humaine

Vie sociale/vie citoyenne

Soutien psychologique

Aide technique

Logement (demande)

Accessibilité transport

Aide financière

Etablissements médico-sociaux

Emploi

Accès aux droits, législation

Santé, soins

Infos SAVS, SAMSAH-ERPA

Autres

■ **Informations complémentaires**

VEUILLEZ JOINDRE LA NOTIFICATION d'ORIENTATION SAMSAH à VOTRE DEMANDE

Sans notification d'orientation SAMSAH, il n'y aura pas d'inscription sur la liste d'attente

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez joindre le service

SAMSAH Nantes et SAMSAH Saint Nazaire

02.51.89.98.00 / samsah.nantes-q@apf.asso.fr

Formulaire de recueil du consentement de recueil des données

Je soussigné(e)

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

(Le cas échéant) Représentant(e) légal(e) de :

Mme / M.

Nom :

Prénom :

Dans le cadre de ma demande d'admission au SAMSAH rattaché au Pôle Adultes 44 APF France handicap et avec seul objectif de soutenir la qualité de l'accompagnement par les professionnels, je déclare :

Accepter

Refuser

Que les informations administratives et relatives à ma situation fassent l'objet d'un traitement avec les logiciels TERANGA Software- NETVIE.

A :

Le :

Signature :

INFORMATIONS IMPORTANTES

Je peux à tout moment demander des compléments d'information sur les points évoqués, manifester ou modifier mon accord ou mon droit d'opposition.

A noter : Des données personnelles sont des informations qui vous concernent et ne sont pas anonymes.

- Elles peuvent concerner votre santé (dont votre handicap), votre vie privée, votre situation familiale ou sociale.
- Des informations personnelles vous concernant sont indispensables à votre accompagnement par les professionnels de notre service, selon leur rôle auprès de vous.
- Notre travail en équipe pluri professionnelle au sein du service ou avec des professionnels extérieurs qui interviennent auprès de vous implique que des informations vous concernant soient échangées ou communiquées (recueil, partage, transmission, accès à ces informations).
- La loi protège la confidentialité de vos données personnelles et fixe un cadre que nous devons respecter et qui vous donne des droits : ce document vous en informe. Nous recueillerons ces données personnelles auprès de vous chaque fois que possible ; vous n'êtes jamais obligé de donner suite à nos demandes d'information, mais cela peut modifier voire compromettre l'accompagnement qui vous est proposé ; nous vous le préciserons alors. Si un professionnel de l'établissement / du service recueille ou échange des informations vous concernant avec des intervenants extérieurs, il vous demandera d'abord votre accord en vous précisant quelles informations il recueille auprès de qui et dans quel but. Vous pouvez vous opposer à ce recueil.

Les règles de conservation de vos informations personnelles

- Pour les documents non informatisés : lieux de conservation protégés (ex : armoires fermant à clé) et différenciés (ex : dossier médical et données sensibles à part) ;

Pour les données informatisées

- Le traitement informatique qui vous concerne a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) ; l'accès aux informations à caractère personnel se fait par un double système de double authentification (Certificat + identifiant / mot de passe). Les données sont régulièrement sauvegardées par notre hébergeur professionnel agréé pour éviter la perte ou la dégradation des informations. Vous pouvez vous informer sur le site de la CNIL (commission nationale de l'informatique et des CNIL), à la rubrique « Comprendre vos droits » : (<https://www.cnil.fr/fr/comprendre-vos-droits>)

Pour les données de santé, en plus :

- *Exemples : maladie, handicap, antécédents médicaux, informations obtenues suite à un examen, numéro de sécurité sociale...* Nous devons les faire héberger (conserver) par une société agréée par les autorités de santé en tant qu'hébergeur de données de santé. Pour APF France handicap, il s'agit de la société Teranga Software qui dispose de cet agrément.
- Vous avez le droit d'être informé(e) de cet hébergement et de vous y opposer pour un motif légitime, c'est-à-dire que vous devez motiver ce refus en expliquant en quoi.
- Nous vous proposons ci-dessous un formulaire à remplir pour attester que vous avez reçu cette information et indiquer votre accord ou refus pour cet hébergement.

Vos droits d'accès et de rectification de vos données personnelles

- Vous disposez d'un droit d'accès à toute information qui vous concerne et à tout document relatif aux soins et à l'accompagnement proposés par notre établissement/service.