



« Pour la réhabilitation psychosociale et l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique »

Siège Associatif

&

**Service Administratif
Mutualisé**

19 bis, bd Winston Churchill
63000 CLERMONT-FERRAND

Tél. : 04 73 91 57 25

Courriel : association@esperance63.fr

Site Internet : www.esperance63.fr

**Service d'Accompagnement
à la Vie Sociale**

19 bis, bd Winston Churchill
63000 CLERMONT-FERRAND

Tél. : 04 73 26 48 30

Courriel : as@esperance63.fr

**Service d'Accompagnement
Médico-Social**

pour Adultes Handicapés

«Rétablissement» Espérance 63

19 bis, bd Winston Churchill
63000 CLERMONT-FERRAND

Tél. : 04 73 26 48 30

Courriels : as@esperance63.fr

samsah-esp63-ide1@orange.fr

«l'Oasis»

Service d'Accueil de Jour

19 bis, bd Winston Churchill
63000 CLERMONT-FERRAND

Tél. : 04 73 91 70 00

Courriel : aj@esperance63.fr

**Appartements de Coordination
Thérapeutique**

28, rue Daguerra
63000 CLERMONT-FERRAND

Tél. : 04 73 26 94 22

Fax : 04 73 91 77 34

Courriel : act@esperance63.fr

Résidence Accueil

«Cœur des Dômes»

23, avenue de l'Union Soviétique
63000 CLERMONT-FERRAND

Tél. : 09 62 11 53 47

Port. : 06 45 67 25 58

Courriel : coeur-domes-clermont@orange.fr

Relais'Bail Espérance 63

23, avenue de l'Union Soviétique
63000 CLERMONT-FERRAND

Tél. : 09 62 11 53 47

Port. : 06 84 56 94 02

Courriel : relaisbail@orange.fr

.....

.....

.....

N.RÉF. : BLA/MN/21

Clermont-Ferrand, le

Objet : Votre demande de dossier d'admission

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez bénéficier de l'accompagnement proposé par un ou plusieurs Établissements ou Services de l'Association Espérance 63. Nous vous remercions de votre confiance.

Vous trouverez le détail de nos procédures d'admission dans les plaquettes de présentation des différentes structures.

Ci-joint par ailleurs :

- 1) Un dossier médical
- 2) Un dossier social
- 3) Une liste des pièces à fournir dans le cadre de votre demande

Cette dernière sera étudiée par nos Commissions d'admissions composées du Directeur, du Psychiatre Référent, ou Coordinateur, et du Chef de Service concerné.

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à vous adresser au Service Administratif Mutualisé de l'Association au 04.73.91.57.25.

NB : Concernant l'admission aux ACT et la Résidence Accueil « Cœur des Dômes », l'élaboration d'un programme d'activités hebdomadaires favorisant votre rétablissement est indispensable. Le Service d'Accueil de Jour peut être un bon complément à votre hébergement. C'est pourquoi, il vous est fortement conseillé de fournir, dès à présent, le **Certificat Médical MDPH** permettant d'étudier une éventuelle intégration à ce Service (document bleu joint au présent dossier).

Recevez, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération.

Benjamin LACAS
Directeur de Transition



Association Espérance 63

19 bis, Boulevard Winston Churchill
63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04.73.91.57.25
Courriel : association@esperance63.fr
Site : www.esperance63.fr

Demande d'Admission

DOSSIER MÉDICAL (*)

(*) Destinés au Psychiatre Coordinateur

Dossier médical à adresser :

Association Espérance 63
Psychiatre Coordinateur
19 bis, Boulevard Winston Churchill
63000 CLERMONT-FERRAND

NOM / PRÉNOM du candidat : Date de naissance :

Lieu de vie habituel :

Lieu de vie actuel si différent :

- ACT** : Appartements de Coordination Thérapeutique Espérance 63
- SAJ l'Oasis** : Service d'Accueil de Jour l'Oasis
- SAVS** : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale Espérance 63
- SAMSAH Rétablissement** : Service d'Accompagnement Médico-Social

POUR UNE DEMANDE D'ADMISSION AUX ACT, SAJ, SAVS, et SAMSAH RETABLISSEMENT UN COURRIER DE SYNTHÈSE MÉDICAL EST OBLIGATOIRE DÉVELOPPANT LES POINTS CI-DESSOUS :

- o **Objectifs du projet d'admission ET PROJET** (HJ, CATTP, etc)
- o Diagnostic Principal (CIM 10) ET Diagnostics Associés (CIM 10), COMORBIDITÉS
- o Ancienneté de la maladie
- o Principaux antécédents médicaux et pathologies évolutives
- o Antécédents significatifs pouvant avoir une incidence pour l'accompagnement
- o Addictions éventuelles
- o ATCDs de TS
- o Activités actuelles (professionnelles, occupationnelles)
- o Degré de stabilité et d'amélioration du futur Adhérent
- o Degré de sociabilité
- o Degré d'autonomie actuelle
- o Traitements en cours
- o Suivi psychiatrique, rythme, lieu des consultations, dès l'admission en Établissement Espérance 63,
- o La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection juridique ? *Si OUI laquelle ? Coordonnées du service mandataire ?*

Engagements réciproques :

- ✚ Espérance 63 s'engage à travailler en étroite collaboration avec les services partenaires en établissant des contacts fréquents et des rencontres régulières afin de garantir la coordination du parcours d'accompagnement du candidat et de prévenir les risques de ruptures.
- ✚ Les services partenaires s'engagent à participer et/ou organiser toutes réunions nécessaires au suivi de l'Adhérent/Résident, ou retour à l'hôpital de celui-ci en cas de rechute.
- ✚ La Direction d'Espérance 63, en concertation avec les équipes médicales peut mettre fin à l'accompagnement.
- ✚ **AVANT TOUTE DÉCISION D'ADMISSION** aux ACT, un RDV sera proposé au candidat, avec le Psychiatre coordinateur puis avec la Cheffe de service.
- ✚ Pour les ACT et le SAMSAH Rétablissement, toute modification thérapeutique doit être communiquée à l'Infirmière du Service.

NOM DU MÉDECIN : DATE :

SERVICE : SIGNATURE

ADRESSE :

TÉLÉPHONE : PORTABLE :

COURRIEL :@.....



Association Espérance 63

19 bis, Boulevard Winston Churchill
63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04.73.91.57.25
Courriel : association@esperance63.fr
Site : www.esperance63.fr

Demande d'Admission

DOSSIER SOCIAL

Date de la demande : / /

Dossier Social à retourner aux coordonnées ci-dessus, impérativement accompagné du **Dossier Médical**.
Merci de préciser, le ou les Établissement(s) concerné(s) par la demande (SAVS, SAMSAH, SAJ, ACT, RA, Relais'Bail).

Attention : Tout dossier incomplet ne pourra être traité

PRÉCISER L'ÉTABLISSEMENT DESTINATAIRE DE VOTRE DEMANDE

Plusieurs demandes et accompagnements peuvent être formulés et/ou combinés (cocher la ou les cases correspondantes)

- ACT** : Appartements de Coordination Thérapeutique **Espérance 63**
- RA** : Résidence Accueil « **Cœur des Dômes Clermont-Ferrand** »
- RBG Relais'Bail** : baux **Glissants** (*Intermédiation locative et accompagnement vers le logement*)
- RBT Relais'Bail** : logements de **Transition** (*Intermédiation locative et accompagnement vers le logement*)
- SAJ l'Oasis** : Service d'Accueil de Jour **Espérance 63**
- SAVS** : Service d'Accompagnement à la **Vie Sociale Espérance 63**
- SAMSAH Espérance 63**: Service d'Accompagnement Médico-Social pour **Adultes Handicapés**

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Madame Monsieur

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : À :

Adresse actuelle :

CODE POSTAL : VILLE :

Tél : Portable :

Courriel @ :

Si actuellement hospitalisé(e) :

Nom et Coordonnées du Service :

Nom du Médecin : Tél :

Courriel @ :

Nom de l'infirmier Référent : Tél :

Courriel @ :

Personne ayant aidé à remplir le dossier :

NOM : Prénom :

Lien avec le demandeur (tuteur, AS, famille, proche...) :

Adresse :

Tél : Courriel @ :

PROTECTION ET DROITS DU DEMANDEUR

Protection sociale :

N° Sécurité Sociale : N° CAF :

Centre d'affiliation :

Mutuelle : Assurance :

Affection Longue Durée (ALD 100 %) : **OUI** **NON**

Décisions MDPH : TYPE	Durée de validité		N° MDPH :
	Début	Fin	Commentaire
RQTH Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé/...../...../...../.....	
ORP Orientation Reclassement Professionnel/...../...../...../.....	
AAH Allocation aux Adultes Handicapés/...../...../...../.....	
PCH Prestation de Compensation du Handicap/...../...../...../.....	
ACTP Allocation Compensatrice pour Tierce Personne/...../...../...../.....	
CI Carte d'Invalidité/...../...../...../.....	
SDP Carte de stationnement pour Personne Handicapée/...../...../...../.....	
ORIENTATION SAVS Orientation vers un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale/...../...../...../.....	
ORIENTATION SAJ Orientation vers un Service d'Accueil de Jour/...../...../...../.....	
ORIENTATION ESAT Établissement & Services d'Aide par le Travail/...../...../...../.....	
ORIENTATION AUTRE Préciser :/...../...../...../.....	

Personne de confiance, à prévenir en cas de besoin :

NOM : Prénom :

Lien avec le demandeur (tuteur, AS, famille, proche...) :

Adresse :

Tél : Fax :

Courriel @ :

Protection Juridique :

Le demandeur bénéficie-t-il d'une Mesure de Protection Juridique ? OUI NON Demande en cours
 Le Mandat Judiciaire de Protection des Majeurs est-il exercé par : Famille MJPM Libéral Organisme

Nom de l'organisme :

Nom du MJPM : Prénom :

S'il s'agit d'une personne de la Famille, quel est le lien de parenté avec le demandeur :

Adresse :

Tél : Fax :

Courriel @ :

Type de mesure de protection :

- Tutelle Curatelle Curatelle renforcée MASP
 MAJ Sauvegarde de justice Autre :

RESSOURCES MENSUELLES NETTES		
TYPE	Revenus	Commentaires
Salaire/Rémunération <input type="checkbox"/> milieu protégé <input type="checkbox"/> milieu ordinaire	€	
AAH (Alloc. aux Adultes Handicapés) <input type="checkbox"/> taux plein (> à 80%) <input type="checkbox"/> différentielle (taux 50-79%)	€	
ACTP (Alloc. Compensatrice pour Tierce Personne) <input type="checkbox"/> à - de 80% <input type="checkbox"/> à 80%	€	
Majoration pour Tierce Personne	€	
Allocation Complémentaire	€	
Allocation Familiale	€	
Indemnités de chômage	€	
Indemnités Journalières de S.S	€	
Allocation Logement	€	
Revenu de Solidarité Active	€	
Rente	€	
Pension de réversion	€	
Complément de ressources	€	
Majoration Vie Autonome	€	
Aide financière versée par la Famille	€	
Autres (à préciser) :	€	

CHARGES MENSUELLES NETTES		Commentaires
Loyer* restant à charge (Aide au logement déduite) (*)Charges comprises	€	

Dépenses Energétiques (Electricité, Gaz, etc)	€	
Transports	€	
Assurances	€	
Mutuelle Santé	€	
Téléphone	€	
Pensions Alimentaires	€	
Impôts et taxes	€	
Dettes (Merci de préciser)	€	
	€	
	€	
	€	
	€	
Un dossier de surendettement a-t-il été déposé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Retenues sur salaire	€	
Autres (à préciser)	€	
	€	
TOTAL	€	

SUIVI MÉDICAL**Médecin traitant :**

Nom: Prénom :

Adresse :

Tél : Fax :

Courriel @:

Médecin psychiatre :

Nom: Prénom :

Adresse :

Tél : Fax :

Courriel @:

TYPES DE SUIVIS**Centre Médico-Psychologique :**

Nom du service :

Adresse :

Tél : Fréquence/jours de présence :

Courriel @:

Nom du psychiatre : Nom de l'Infirmier référent

Hôpital de Jour :

Nom du service : Nom du Référent :

Adresse :

Tél : Fréquence/jours de présence :

Courriel @:

Nom du psychiatre : Nom de l'Infirmier référent

Infirmier(e) libéral(e) :

Cabinet : Nom de l'Infirmier:

Adresse :

Tél : Fréquence/jours de présence :

Courriel @:

Infirmier(e) Hospitalier (Visite à Domicile) :

Nom du Service : Nom & Prénom Infirmier:

Adresse :

Tél : Fréquence/jours de présence :

Courriel @:

Assistant(e) social(e) :

Nom du Service : Nom & Prénom de l'AS:

Adresse :

Tél :

Courriel @:

Autre Intervenant (ex : service auxiliaire de vie, éducateur spécialisé...) :

Nom du Service : Nom & Prénom de l'Intervenant:

Fonction :

Adresse :

Tél : Fréquence/jours de présence :

Courriel @:

VIE SOCIALE**Logement (Lieu de vie habituel ou temporaire) :** Locataire du parc social Locataire du parc privé Propriétaire Résident en institution médico-sociale
(Foyers hébergement/ACT, etc) Résident en Hébergement d'Urgence
(CHRS, LHSS, Hôtel, etc) Résident en résidence Sociale
(FJT, Maison relais, Résidence Accueil etc) Hospitalisé Logé à titre gracieux Autre *(préciser)***Situation familiale et mode de vie :** Célibataire vivant seul Célibataire vivant chez ses parents Veuf, veuve Marié(e) Vit maritalement Divorcé(e), séparé(e) Colocation Pacsé Autre :**Environnement familial:****CONJOINT :**

Adresse :

..... Tél :

Courriel @ :

PARENTS :

Adresse :

..... Tél :

Courriel @ :

Si séparés préciser : PERE - MERE

Adresse :

..... Tél :

Courriel @ :

FRERES SOEURS :

Adresse :

..... Tél :

Courriel @ :

FRERES SOEURS :

Adresse :

..... Tél :

Courriel @ :

AUTRE PERSONNE AIDANTE :

Adresse :

..... Tél :

Courriel @:

ENFANTS :

Nom et Prénom : Âge :

Coordonnées :

Nom et Prénom : Âge :

Coordonnées :

Nom et Prénom : Âge :

Coordonnées :

Si enfants :

- Vivent au domicile du demandeur Vivent hors foyer du demandeur
- Droit de visite Droit de garde

Si mesure éducative, auprès des enfants, noms et coordonnées du service en charge de la mesure éducative, et nom de l'éducateur référent :

.....

SCOLARITÉ ET SITUATION PROFESSIONNELLE

Niveau de scolarité :

- Non scolarisé Niveau BEPC Niveau BAC
- Niveau primaire Niveau CAP/BEP Niveau supérieur au BAC

Formation suivie Dates:.....

Diplômes obtenus :

Situation Professionnelle :

- Travail en milieu ordinaire Demandeur d'emploi en milieu ordinaire
- Travail en milieu protégé/adapté Demandeur d'emploi en milieu protégé/adapté
- En formation En arrêt maladie En arrêt longue maladie Inapte

Profession ou formation : Employeur ou lieu de formation :

Adresse :

..... Tél :

Courriel @ :

Antécédents professionnels : À déjà travaillé N'a jamais travaillé

Ancienne(s) profession(s) :

SOUHAITS et MOTIVATIONS de la PERSONNE
(A remplir par le demandeur lui-même)

J'aimerais :

 me loger	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
 prendre soin de moi et de ma santé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
 rencontrer de nouvelles personnes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
 mieux me protéger	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
 découvrir ou pratiquer des activités	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
 trouver la motivation de sortir de chez moi	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
 mieux gérer les tâches de ma vie quotidienne (courses, linge...)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
 me repérer dans le temps	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
 me déplacer plus facilement	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
 gérer mon budget	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
 réaliser mes démarches administratives	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
 Je souhaite bénéficier des accompagnements proposés par ce(s) Établissement et Services pour :		
<hr/>		

Avis de mon entourage (A remplir par le Représentant légal, la personne aidante ou la famille)

Fait àle/...../.....

Signature du Demandeur

Signature du Représentant légal
(le cas échéant)



Association Espérance 63

19 bis, Boulevard Winston Churchill
63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04.73.91.57.25
Courriel : association@esperance63.fr
Site : www.esperance63.fr

Demande d'Admission

Pièces à transmettre

Pièces à retourner aux coordonnées ci-dessus, impérativement accompagné du **Dossier Médical**.

Merci de préciser, le ou les Établissement(s) concerné(s) par la demande (SAVS, SAMSAH, SAJ, ACT, RA, Relais'Bail).

Attention : Tout dossier incomplet ne pourra être traité

	ACT	SAJ	SAVS SAMSAH	RA	Relais' Bail
❖ Dossier SOCIAL	X	X	X	X	X
❖ Dossier MEDICAL (à remplir par le Psychiatre du demandeur ① et à cacheter, sous pli confidentiel, à l'aide de l'enveloppe jointe)	X	X	X	X	X
❖ Certificat Médical MDPH (NB : Afin d'accélérer l'admission, merci d'adresser directement la demande à la MDPH)		X	X		
❖ Demande d'Orientation auprès du SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation)				X	
❖ Demande d'Aide Sociale auprès du Département (à déposer auprès de votre CCAS, après l'admission)			X		
❖ Déclaration d'Entrée au SAJ/Conseil Général		X			

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES

❖ 1 Photo d'identité récente (par Service)	X	X	X	X	X
❖ Attestation de Droit Sécurité Sociale (à demander via AMELI)	X	X	X	X	X
❖ Photocopie de votre carte de Mutuelle, le cas échéant	X	X	X	X	X
❖ Justificatifs de vos ressources (copies)	X	X	X	X	X
❖ Photocopie de votre dernier Avis d'Imposition	X	X	X	X	X
❖ Photocopie du Jugement de Protection	X	X	X	X	X
❖ Photocopie des Notifications MDPH en cours		X	X		
❖ Photocopie de votre Attestation d'Assurance Responsabilité Civile Individuelle	X	X	X	X	X
❖ Photocopie de votre Attestation d'Assurance Multirisques Habitation				X	X

① (ou Médecin traitant, si pas de suivi en cours avec un Psychiatre)