



# DOSSIER DE CANDIDATURE

## RESIDENTS

### SAMSAH ASEI HAIEKIN

A retourner par courrier:

Rue de l'église  
64700 HENDAYE

Ou par mail : [centre.haiekin@asei.asso.fr](mailto:centre.haiekin@asei.asso.fr)

Modalité d'accueil sollicitée :

- SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)

# FICHE ADMINISTRATIVE

## ETAT CIVIL

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse du lieu d'hébergement actuel :  
 .....  
 .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Email : .....@.....

Né (e) le : ..... à : .....

Nationalité : .....

## MDPH

Nature de la notification :  SAMSAH       Autre : .....

N° de Dossier : .....

Date d'attribution : ..... Jusqu'au : .....

## ASSURE

N° de Sécurité Sociale : .....

Ouverture des droits et 100% :  OUI       NON      Jusqu'à : .....

Adresse du Centre de S.S.:.....  
 .....

Mutuelle :  OUI    NON

Nom : .....

Adresse : .....

.....

N° allocataire CAF : .....

## ALLOCATIONS

AAH :  OUI  NON

Allocation compensatrice  OUI, .....%    NON

Carte invalidité :  OUI  NON

Taux d'incapacité : .....%

## **MESURE DE PROTECTION**

Aucune  Tutelle  Curatelle  Autre : .....

Coordonnées du représentant légal :

Organisme : .....

NOM : ..... Prénom.....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....Portable : .....

Email : .....@.....

## **PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

NOM : ..... Prénom.....

Qualité :  Tuteur  Père  Mère  Autre : .....

Téléphone : .....Portable : .....

Email : .....@.....

## **LIEU DE VIE ACTUEL**

- En famille :  OUI  NON
- En logement autonome :  OUI  NON
- Autre (précisez) : .....

*Si le lieu de vie actuel est un établissement :*

Nom de l'établissement/Service : .....

.....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Fax : .....

Email : .....@.....

Nom du responsable de l'établissement : .....

.....

Nom du ou des de vos référents : .....

.....

.....

.....

.....

## **DETERMINATION DU DOMICILE DE SECOURS**

*(Le domicile de secours est le lieu de résidence habituelle et volontaire de plus de trois mois consécutifs dans un département, hors établissement – il permet de déterminer le département auprès duquel la demande d'aide sociale à l'hébergement doit être présentée)*

Adresse du domicile de secours : .....

.....

Code postal :.....Ville :.....

Possédez-vous des documents relatifs à ce domicile de secours ?

- Attestation d'hébergement
- Quittance de loyer
- Facture EDF
- Facture de téléphone
- Facture d'internet
- Autre document

# CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL

Situation familiale :

- Célibataire / divorcé / vit seul
- En couple sans enfant
- En couple avec enfant(s)
- Vit avec ses parents

Commentaires : .....

.....

.....

Relations familiales :

Êtes-vous soutenu(e) par l'un de vos proches (père, mère, frère, sœur, conjoint, concubin, amis ou autre ?)

- Parents
- Frères et sœurs, neveux ou nièces,
- Oncles, tantes, cousins
- Proches (autres que famille)

Ces relations sont :

- Régulières,
- Distantes ou inexistantes
- Pas de famille

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

.....

## PARCOURS INSTITUTIONNEL

ETABLISSEMENT	Dates	Observations

# Référents et partenaires:

*Référent social : si vous êtes accompagné actuellement par une structure d'hébergement, CCAS ou autre, veuillez préciser la personne référente de votre situation.*

Nom du référent social : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....@.....

Le candidat bénéficie-t-il d'interventions à domicile ?  OUI  NON

Si oui, coordonnées du service ?

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

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....@.....

Nom du médecin spécialiste : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....@.....

Nom du psychiatre référent : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....@.....

Modalités du suivi psychiatrique :

CMP :  OUI  NON Rythme ? .....

HDJ :  OUI  NON Rythme ? .....

Autre (précisez) : .....

Nom de l'infirmier référent : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....@.....

# PARCOURS SCOLAIRE ET/OU PROFESSIONNEL/BÉNÉVOLAT

## Quel est votre parcours scolaire ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niveau primaire | <input type="checkbox"/> Niveau BEP/ CAP        |
| <input type="checkbox"/> Niveau collège  | <input type="checkbox"/> Niveau BAC             |
| <input type="checkbox"/> Niveau BEPC     | <input type="checkbox"/> Niveau BAC + IME /ITEP |
| <input type="checkbox"/> Non scolarisé   |   |

Formation(s) suivie(s) : .....

Dates : .....

**Est-ce que vous travaillez ou avez-vous déjà travaillé ?**    OUI    NON

- Si oui :    en milieu protégé  
               en ESAT/CAT

Précisez ? (intérêt ou pas ? à voir ?): .....

Si vous avez arrêté, pour quel motif ? .....

**Avez-vous déjà fait du bénévolat** (structures, périodes, missions) ?

- OUI    NON

Précisez : .....

# CENTRE D'INTÉRÊT /ACTIVITÉS /TRANSPORT

**Quels sont vos occupations actuelles, vos loisirs ?**

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

**Quels sont vos centres d'intérêts identifiés ou supposés?**

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

**Êtes-vous autonome dans vos déplacements à l'extérieur ?**  OUI  NON

Si oui, quel est votre moyen de transport ?

- Voiture  Cyclomoteur
- Voiture sans permis  Vélo
- A pied  Utilisation des transports en commun
- Autre : .....



# MOTIF DE LA DEMANDE

Qui est à l'origine de la demande ?

.....

Quelles sont les motivations de votre demande ?

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

Quels sont vos objectifs ? Vos attentes ? Qu'attendez-vous du SAMSAH ?

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

Quels sont les motifs de la demande, les besoins repérés par vos proches, le professionnel ou l'équipe vous orientant ?

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

Cette demande est-elle urgente ?     OUI     NON

Si oui, pourquoi ?

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

## PIECES A FOURNIR DOSSIER

### Pour le dossier d'admission :

- Photocopie de la pièce d'identité
- Photocopie carte d'invalidité
- Photocopie la notification d'orientation CDAPH
- Photocopie de notification AAH
- Photocopie de notification ACTP/Prestation de compensation
- Photocopie de notification de prise en charge par l'aide sociale départementale ou récépissé de demande (démarche à faire auprès de Centre d'Action Sociale du lieu de domicile)
- Mesure de protection (le cas échéant)
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- 2 photos d'identité
- Photocopie attestation vitale

### En complément :

- Carnet de santé et de vaccinations
- Ordonnance à jour et renouvellements médicaments

### Si le résident est ou a été accueilli en établissement :

- Dernière synthèse
- Rapport éducatif ou bilan anamnèse
- Évaluation professionnelle

### Dossiers à remplir dès l'admission :

- Demande d'aide sociale à l'hébergement d'une personne en situation de handicap

**QUESTIONNAIRE MEDICAL  
(à joindre sous pli fermé)**

**NOM et Prénom de la personne concernée par la demande :**

\_\_\_\_\_

**Nom du Médecin traitant :** \_\_\_\_\_

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

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Nom et prénom de la Personne remplissant ce questionnaire :**

\_\_\_\_\_

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

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT :**

NOM – Prénom :.....  
Né(e) le :.....  
Adresse :.....  
.....  
Téléphone :.....  
Email :.....@.....

**ANTECEDENTS :**

1) Familiaux

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

2) Personnels (médicaux, chirurgicaux) :

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

3) Histoire de la maladie :

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

4) Dernières hospitalisations ?

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

**EXAMEN CLINIQUE :**

1) Somatique (en particulier neurologique) :

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

2) Psychiatrique (caractère, niveau intellectuel, troubles psychotiques, humeur, comportement) :

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

**TRAITEMENT ACTUEL (dernières ordonnances) :**

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

**ALLERGIES CONNUES :**

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

**LE PATIENT BENEFICIE-T-IL D'UN OU PLUSIEURS SUIVI(S) MEDICAL(UX), EN VILLE, EN HOPITAL, EN INSTITUTION ? (joindre les comptes rendus médicaux et/ou d'hospitalisation, préciser les coordonnées des établissements) :**

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

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES (que vous jugez utile de nous communiquer) :**

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

**CONCLUSION :**

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

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom et qualité du signataire : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature :