

DOSSIER DE CANDIDATURE



112 Rue Nouvelle – 40460 Sanguinet

Le CIAS des Grands Lacs souhaite favoriser une société inclusive.

En collaboration avec XL Habitat, l'établissement propose une colocation pour des personnes en situation de handicap.

Cette colocation pour 6 à 8 personnes se trouve au rez-de-chaussée d'une résidence située au cœur de la ville de Sanguinet, entre lacs et forêts.

RESERVÉ AU SERVICE ADMINISTRATIF

N° de dossier :

Ce dossier est à compléter par l'utilisateur et ses aidants

DOSSIER ADMINISTRATIF

État civil de la ou des personnes souhaitant entrer en résidence

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Mail : _____

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire

☐ Séparé(e)

☐ Marié(e)

☐ Pacsé(e)

☐ Divorcé(e)

☐ Veuf/veuve

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

☐ Oui

☐ Non

☐ En cours

Si oui, laquelle :

☐ Curatelle

☐ Mandat de protection future

☐ Tutelle

☐ Sauvegarde de justice

DROITS SOCIAUX *(fournir les attestations)*

- ☐ AAH – Date de fin de validité :
- ☐ PCH Aides humaines – Date de validité :
- ☐ Carte mobilité inclusion « Invalidité » - Date de fin de validité :
- ☐ Majoration Tierce Personne – Montant :
- ☐ Indemnités journalières – Montant :
- ☐ Pension d'invalidité – Montant :
- ☐ Droit France Travail  – Montant :
- ☐ Droits CAF – Montant :
- ☐ Autres revenus :

INTERVENANTS

SUIVI INFIRMIER	NOM	ORGANISME	COORDONNÉES (tél/mail)
Référent infirmier			
SUIVI MÉDICAL			
Médecin généraliste			
Médecin spécialiste			
SUIVI SOCIAL			
Mesure de protection			
Travailleur social			
Autres			

INFORMATIONS DIVERSES

Moyen de locomotion :

- ☐ Non ☐ Oui, préciser :

Mobilité :

- ☐ Canne ☐ Fauteuil roulant manuel ☐ Autres : ☐ Sans difficultés
☐ Fauteuil électrique

Appareillages / Dispositifs :

- ☐ Non ☐ Oui, préciser :

VOTRE SITUATION

Motif(s) de votre demande d'entrée sur une résidence Habitat Inclusif

- ☐ Rapprochement familial ou amical
 - ☐ Logement actuel inadapté
 - ☐ Indépendance
 - ☐ Autre (à préciser) : _____

Pourquoi ce projet d'Habitat Inclusif ? Quel est votre projet de vie ?

Vous avez le champ libre pour nous expliquer pourquoi vous souhaitez habiter au sein des Habitats partagés. Nous souhaitons, ici, évaluer votre motivation à vivre dans ce type de logement.

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook or legal stationery. There are no margins, text, or other markings present.

VOTRE AUTOÉVALUATION EN MATIÈRE DE « SAVOIR HABITER » ET « SAVOIR SE DÉPLACER »

SAVOIR	Je maîtrise	J'apprends	Je ne sais pas faire seul	Si vous ne savez pas faire seul : les moyens de compensation mis en place (aide technique, humaine...)
Gérer les tâches ménagères de mon logement	☐	☐	☐	
Faire des courses alimentaires	☐	☐	☐	
Confectionner des repas	☐	☐	☐	
Respecter les règles de vie dans un immeuble	☐	☐	☐	
Faire des petites réparations dans mon logement	☐	☐	☐	
Contacter mon propriétaire	☐	☐	☐	
Intervenir en cas d'urgence dans mon logement	☐	☐	☐	
Contacter les urgences	☐	☐	☐	
Utiliser les transports en commun	☐	☐	☐	
Se déplacer à pied en sécurité	☐	☐	☐	
Se déplacer en fauteuil roulant	☐	☐	☐	
Se déplacer en voiture	☐	☐	☐	
Gérer les horaires	☐	☐	☐	

AUTONOMIE (prise en charge personnelle relative à la vie quotidienne)
SANTÉ (problème somatiques)

This image shows a blank sheet of white paper with ten horizontal blue lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for writing or drawing.

COORDONNÉES DES PROCHES

Nom – Prénom	Adresse	Lien de parenté	Téléphone	Mail

Commentaires (MMS, évaluations, etc...) et recommandations éventuelle (contexte, aspects familiaux...).

Date :

Signature de l'utilisateur



HABITAT INCLUSIF À SANGUINET



LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

- ➔ Copie du livret de famille
- ➔ Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- ➔ Justificatifs de ressources mensuelles (AAH, invalidité, Majoration Tierce Personne, PCH, APL...)
- ➔ Dernier avis d'imposition
- ➔ Dossier médical à compléter par le médecin traitant (annexe)
- ➔ Copie de la notification PCH – MDPH

Dossier de candidature à retourner complété,
daté et signé à l'adresse suivante :

Centre Intercommunal d'Action Sociale des Grands Lacs
29 avenue Léopold Darmuzey – CS40028
40160 Parentis-en-Born

☎ 05 58 82 18 24

✉ habitatinclusif@ciasgl.fr

ADMISSION ET FONCTIONNEMENT DE LA COLOCATION

LES DEMANDES PEUVENT ETRE FAITE PAR :

- ➔ La personne elle-même
- ➔ La famille
- ➔ Tout établissement ou service jugeant que le projet de vie en colocation est adapté

ÉTUDE DES CANDIDATURES

Les dossiers de demande sont à compléter et à déposer au CIAS des Grands Lacs.

Le certificat médical doit être complété par le médecin référent du colocataire.

Les dossiers de candidature sont étudiés en commission par une équipe pluridisciplinaire.

Une réponse écrite positive ou négative sera adressée au candidat.

LES CRITÈRES D'ADMISSION TIENNENT COMPTE :

- ➔ Des besoins d'accompagnement et de soins
- ➔ De capacités acquises et la motivation de vie en colocation partagée.

Les admissions font l'objet d'un entretien avec le candidat et ses aidants et d'un contact avec les soignants référents et autres intervenants auprès du colocataire.

SÉJOURS TEMPORAIRES – DÉCOUVERTE

Chaque nouveau colocataire bénéficie d'une période de découverte de minimum quinze jours.

LOYER ET BAIL

Le loyer (charges comprises) sera d'environ 510 €.

Chaque colocataire signe un bail. Il doit respecter le vivre ensemble.

La colocation est ouverte aux aides aux logements.

AIDE ET SOINS

L'accompagnement est assuré par une équipe pluridisciplinaire.

Le colocataire doit accepter le principe de mutualisation des aides humaines.

DOSSIER MÉDICAL (à mettre sous pli confidentiel)

A joindre au dossier candidature

1. Pathologie motivant la demande

Questions obligatoires



Une pièce attendue



Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Éléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...) :

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition :

☐ Congénitale ☐ Maladie ☐ Accident de vie privée

☐ Accident de travail ☐ Maladie professionnelle

Date d'apparition :

☐ A la naissance ☐ Depuis moins d'un an

☐ Depuis 1 à 5 ans ☐ Depuis + de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux
en rapport avec le handicap :

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...)

3. Description clinique actuelle

Poids :

Taille :

Latéralité dominante

☐ Droite

☐ Gauche

Avant handicap :

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Permanents	Réguliers > 15 j par mois	Ponctuel < 15 j par mois
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Précisions :

Perspective d'évolution globale :

- ☐ Stabilité ☐ Incapacité fluctuante ☐ Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)
- ☐ Aggravation ☐ Evolution majeure ☐ Non définie

4. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne :

Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :

Classes thérapeutiques ou noms des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussion sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle...) :

Régime alimentaire :

Autre prise en charge concernant les soins :

- ☐ Hospitalisation itératives ou programmées ☐ Soins ou traitements nocturnes (si oui, précisez)
- ☐ Suivi médical spécialisé ☐ Autre

Fréquence

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière

Fréquence

Suivi pluridisciplinaires

Modalité de suivi

☐ Ergothérapeute

☐ CMPP (centre Medico Psychopédagogique)

☐ Infirmière

☐ CMPP (centre Medico Psychologique)

☐ Kinésithérapeute

☐ CATTPS (centre d'Accueil Thérapeutique
à Temps Partiel)

☐ Orthophoniste

☐ Hôpital de jour

☐ Orthoptiste

☐ Autre

☐ Psychologue

☐ Psychomotricien

☐ Autre

Projet thérapeutique :

Type d'appareillage :

Corrections auditives :

☐ Unilatérale

☐ Bilatérale

☐ Appareillage

☐ Implant

Aide à mobilité :

☐ Déambulateur

☐ Canne

☐ Orthèse, prothèse (préciser)

☐ Fauteuil roulant électrique

☐ Fauteuil roulant manuel

☐ Autre préciser (Ex : Scooter, ...)

Appareillage visuel

☐ Télé-agrandisseur

☐ Terminal-braille

☐ Logiciel de basse vision

☐ Loupe

☐ Logiciel de synthèse vocale

Alimentation :

☐ Gastro ou jéjunostomie d'alimentation

☐ Stomie digestive d'élimination

Élimination :

☐ Sonde urinaire

☐ Stomie urinaire

Aide respiratoire :

☐ Trachéotomie

☐ O2

☐ Appareil de ventilation (préciser)

Aide à la parole :

☐ Prothèse phonatoire

Autre appareillage :

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation / Capacité motrice	A	B	C	D	NSP
Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement					
Marcher :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main non dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Motricité fine :	☐	☐	☐	☐	☐
Précisions :					
Communication	A	B	C	D	NSP
Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser le téléphone :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...)	☐	☐	☐	☐	☐
Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage	☐ Oui	☐ Non			
Précisions :					

Vie quotidienne et vie domestique		A	B	C	D	NSP
Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches... NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge						
Prendre son traitement médical :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son suivi des soins :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Faire les courses :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Préparer un repas :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer les tâches ménagères :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Faire des démarches administratives :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son budget :	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autre (préciser) :						
Précisions :						
Retentissement sur vie sociale et familiale :						
Situation familiale :	☐ Vie familiale	☐ Isolement	☐ Rupture	☐ Autre (préciser)		
Présence d'un aidant familial :	☐ Oui	☐ Non				
Quel est le lien de l'aidant avec la personne en situation de handicap ?						
Quel type d'intervention ?						
Précisions :						

5. Remarques ou observations complémentaires si besoin

6. Coordonnées et signature

Docteur :

Médecin traitant :

☐ Oui

☐ Non

⚠ Identifiant RPPS :

⚠ Identifiant ADELI :

Adresse postale :

Téléphone :

E-mail :

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :

Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)