

DOSSIER D'ADMISSION

**Service d'Accompagnement Médico-Social
pour Adultes Handicapés – SAMSAH**

Renseignements administratifs et sociaux

Réservé au secrétariat :

Dossier reçu le :

Dossier complet : oui/non

Les critères d'admission

- Etre âgé(e) de 20 ans
- Etre domicilié sur le territoire ...
- Avoir une orientation administrative en cours de validité délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- Vivre dans un logement individuel ou chez un parent en couple ou célibataire.

La procédure d'admission



Fiche d'identification

Nom : Prénom :

Sexe : Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél : port : adresse mail :

Situation familiale :

Notification de la décision d'orientation SAMSAH :

Date de début : Date de fin :

N° de sécurité sociale :

Mesure de protection :

Tutelle : Curatelle renforcée : Curatelle :

Nom et adresse qui assure cette mesure :

N° de tél : adresse mail :

Lieu de vie actuel

Domicile personnel :

- Appartement/maison individuel(le)oui / non
- Au domicile des parentsoui / non

Adresse :

Structure d'accueil :

- Nom de la structure :

Adresse :

Numéro de tél : adresse mail :

Mon projet de vie, mes besoins, mes attentes

J'ai besoin d'un soutien lors de mes déplacements pour :

- Sortir de mon domicile
- Utiliser les transport en commun
- Faire des courses
- Effectuer des taches administratives

Autre :

J'ai besoin d'un soutien dans ma vie quotidienne pour :

- Avoir une hygiène corporelle correcte
- Préparer les repas
- Entretien mon logement
- Ne pas oublier mes médicaments
- M'aider à avoir un suivi médical régulier

Autre :

J'ai besoin d'un soutien dans la relation aux autres pour :

- Participer à la vie sociale, aux loisirs, à la vie culturelle, au sport...
- Vivre dans la cité
- Eviter le repli sur moi-même

Autre :

	Je n'ai pas besoin d'aide	Je reçois de l'aide			
		Famille	ami	Travailleur social	Aide à domicile
Préparation des repas / courses					
Hygiène Corporelle					
Entretien du linge					
Gestion de budget / tâches administratives					
Accompagnement médicaux					

Autre :

Mon suivi médical

Avez-vous un traitement médical :oui / non

Si oui lequel :
.....
.....
.....
.....

Pour quelle(s) raison (s) :
.....
.....
.....
.....

Nom de votre médecin traitant :

Adresse :

Numéro de tél : adresse mail :

Nom de votre médecin Psychiatre :

Adresse :

Secteur :

Numéro de tél : adresse mail :