



## DOSSIER DE CANDIDATURE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous faisons suite à votre demande de placement dans le Foyer d'Accueil Médicalisé « La Garance », et vous prions de trouver ci-joint un dossier de candidature à remplir et à nous retourner dans les meilleurs délais.

Vous trouverez annexés à ce dossier un schéma et un explicatif de la procédure d'admission dans notre établissement afin de vous aider à chaque étape.

Dans le cas où votre admission serait envisagée, nous vous enverrons un dossier complémentaire afin de mettre à jour votre dossier médical et administratif.

Nous joignons également à ce dossier, le livret d'accueil de notre établissement.

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

La Direction

### Pour être complet votre dossier doit contenir les pièces suivantes

- Le dossier administratif et social
- Le dossier médical complété par votre médecin traitant
- L'orientation en Foyer d'accueil médicalisé délivrée par la MDPH
- 1 photocopie de la carte nationale d'identité
- 1 photo

« Centre de Vie « La Garance » - 195 impasse des Hauts Mûriers - 84210 Athen des Paluds

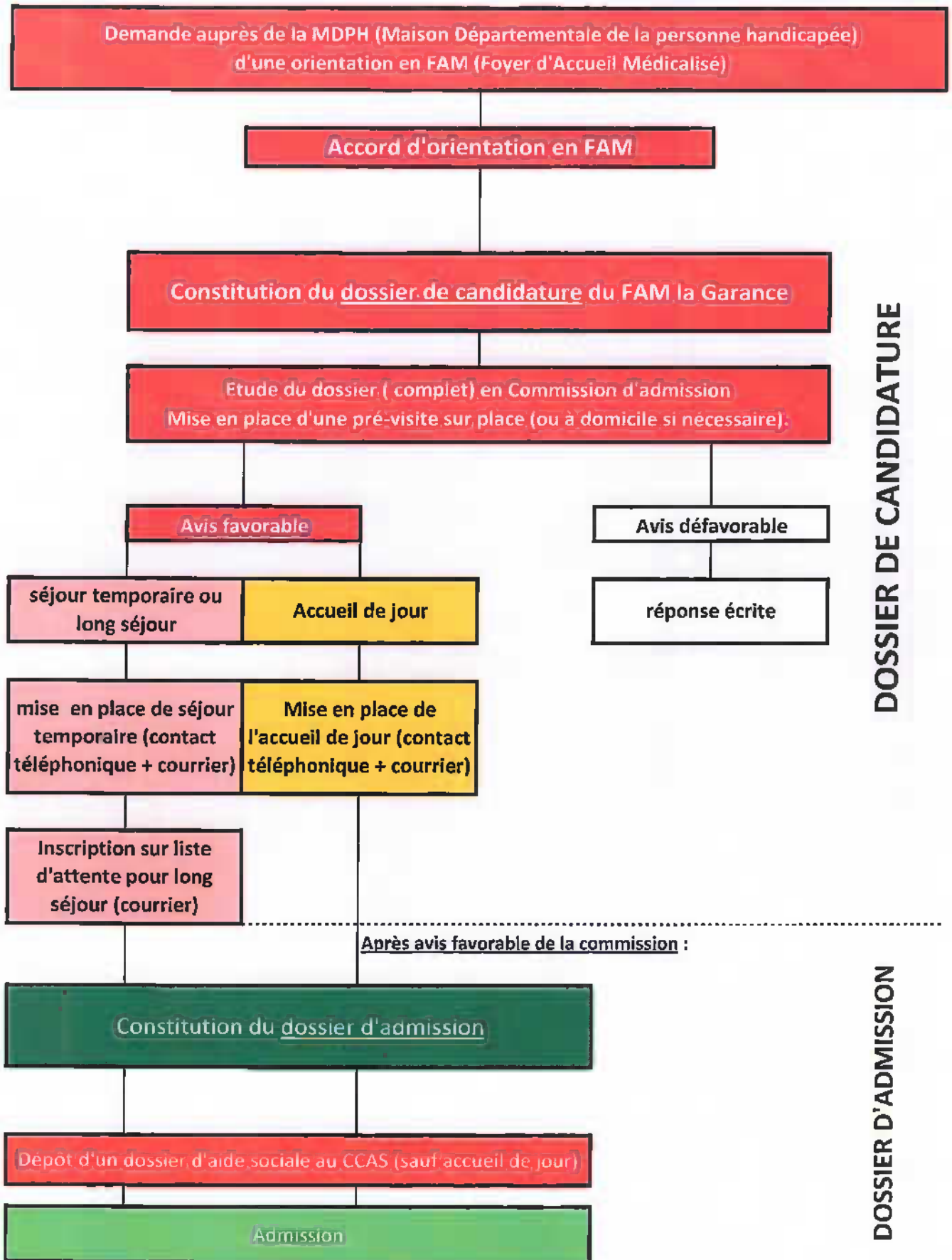
[secretariat@lagarance84.fr](mailto:secretariat@lagarance84.fr) / [www.lagarance84.fr](http://www.lagarance84.fr) / [centre de vie la garance](#)

☎ : 01.90.37.21.84 - 📠 : 01.90.37.90.22

FINESS 84 001 385 8 - SIRET 498 856 152 00026 - APE 8710 C

Géré par l'AGESFP 84, Association régie par la loi 1901

# CHEMINEMENT DE VOTRE DEMANDE



DOSSIER DE CANDIDATURE

DOSSIER D'ADMISSION

## CHEMINEMENT DE VOTRE DEMANDE

### 1-Demande auprès de la MDPH d'une orientation en FAM

Avant de pouvoir intégrer l'établissement, vous devez en premier lieu vous rapprocher de la MDPH (Maison départementale des Personnes Handicapées) de votre département et faire **une demande d'orientation en FAM** (Foyer d'Accueil Médicalisé)

Vous pouvez demander une orientation en long séjour, en séjour temporaire, en accueil de jour.

Il est préférable de demander une double orientation (long séjour et séjour temporaire) afin de pouvoir faire des séjours temporaires d'adaptation avant d'intégrer le centre définitivement.

### Accord de l'orientation en FAM

Cette orientation nous donne l'autorisation administrative de vous accueillir et vous permettra ensuite de bénéficier de l'aide sociale pour le financement de votre hébergement. **Sans orientation, le dossier de candidature ne sera pas étudié.** Dès que vous recevez l'accord de la MDPH, en transmettre une copie au FAM La Garance.

### 2-Constitution du dossier de candidature :

Vous devez compléter :      un dossier médical  
   un dossier administratif

Vous devez fournir :        l'orientation en FAM  
   une copie de la carte d'identité  
   1 photo

### 3-Etude du dossier en commission d'admission

Une fois que le dossier est déclaré complet, il est étudié par la commission d'admission du FAM La Garance qui se compose du médecin, du Président de l'Association Gestionnaire du centre (AGESEP 84), du directeur, de la psychologue et de la secrétaire. Cette commission se réunit une fois par mois. En cas de besoin d'éléments complémentaires, il peut vous être fixé une rendez-vous au centre ou à votre domicile.

### Avis de la commission d'admission.

Suite à l'étude du dossier, la commission prononce son avis.

**Avis défavorable :** une réponse écrite motivée vous est envoyée.

**Avis long séjour favorable :** vous êtes inscrit(e) sur liste d'attente et vous serez averti(e) si une place se libère (réponse écrite). Dans l'attente, des séjours temporaires d'adaptation seront nécessaires avant une admission définitive.

**Avis séjour temporaire favorable:** un courrier vous sera adressé afin que vous contactiez le centre pour fixer la ou les dates de séjour.

**A savoir**

**Pour le long séjour** : une participation financière vous sera demandée en fonction des ressources de votre foyer fiscal.

Le règlement de l'aide sociale prévoit que votre participation financière corresponde à la totalité des aides au logement ainsi qu'à 90% des ressources de toutes natures.

Toutefois, le minimum laissé à votre disposition ne peut pas être inférieur à **30% de l'Allocation Adulte Handicapé soit au 01/09/13 : 237.05 €**

**Pour le séjour temporaire** : une participation financière vous sera demandée à hauteur de 18 € par jour.

**Pour l'accueil de jour** : seuls les repas au centre vous seront facturés. ( valeur au 31/12/2013 : 3 €).

DOSSIER ADMINISTRATIF ET SOCIAL  
DE CANDIDATURE

Séjour permanent

Séjour temporaire

Accueil de jour

**Identité**

Madame

Mademoiselle

Monsieur

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Courriel : .....

Date de Naissance : ..... Lieu : .....

Nationalité : .....

**Situation familiale :**

Célibataire

Marié(e)

Vie Maritale

Séparé(e)

Divorcé(e)

PACS

Veuf(ve)

**Composition de la famille :**

Nom, Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Téléphone

**Personnes à prévenir : (Nom, adresse et téléphone) :**

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

« Centre de Vie « La Garance » - 195 impasse des Hauts Mûriers - 81210 Althen des Paluds

secretariat@lagarance81.fr /  www.lagarance81.fr /  centre de vie la garance

☎ : 01.90.37.21.81 - 📠 : 01.90.37.90.22

FINESS 81 001 385 8 - SIRET 498 856 152 00026 - APE 8710 C

Géré par l'AGESEP 81, Association régie par la loi 1901

### Situation actuelle

Hôpital  Centre de rééducation  Foyer de vie  Maison de retraite   
Soins de suite et de réadaptation

Adresse : .....

Au domicile d'un proche   
Au domicile personnel

Mode de transport lors du séjour au centre de vie la Garance :

Ambulance  Train  Déplacement avec une tierce personne (famille, association...)

Adresse de retour :  
.....  
.....

#### Organisation à domicile :

Nombre de fois ou d'heures par jour ou par semaine

SAVS/HAD/SAMSAH	.....par jour /.....par semaine
Infirmier(e)	.....par jour /.....par semaine
Aide soignante/Auxiliaire de vie	.....par jour /.....par semaine
Aide ménagère	.....par jour /.....par semaine
Kinésithérapeute	.....par jour /.....par semaine
Aidant familial	.....par jour /.....par semaine
Orthophoniste	.....par jour /.....par semaine

#### Votre domicile est-il adapté :

tout à fait  suffisamment  moyennement  pas du tout

Pouvez- vous nous donner vos motivations pour votre séjour :

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

Avez-vous fait d'autres demandes de séjour : oui  non

Si oui, dans quel(s) établissement(s) : .....

### Vie sociale

Pour mieux vous accompagner, nous aimerions connaître :

Votre activité professionnelle antérieure :.....

Activités socioculturelles actuelles (plusieurs choix possibles - préciser à chaque fois) :

Pratique des activités sportives :            oui             non

Si oui lesquelles :

.....  
.....

Pratique des activités artistiques            oui             non

Si oui lesquelles :

.....  
.....

Pratique des activités culturelles            oui             non

Si oui lesquelles :

.....  
.....

Participe à une vie associative            oui             non

Si oui laquelle :

.....  
.....

Autres activités            oui             non

.....  
.....

N'a aucune activité

Lieu de pratique de l'activité :

domicile                        extérieur           

milieu ouvert                        milieu spécialisé           

Centres d'intérêts :

Musique                        Peinture                        Expositions                        Danse           

Cinéma                        Télévision                        Lecture                        Collection           

Informatique                        Sciences                        Voyages                        Cuisine           

Sorties conviviales             Sport           

autres :.....

DOSSIER MEDICAL DE CANDIDATURE

DEFICIENCES NEURO-MOTRICES

NOM.....Prénom.....

Diagnostic principal .....

Diagnostic secondaire : .....

Année de révélation/ Date de la dernière poussée (SEP) :  
.....

Taille : ..... Poids : .....

Médecin traitant, Adresse, Téléphone :  
.....

Médecin spécialiste/Adresse :  
.....

Téléphone du spécialiste : .....

Difficultés motrices des membres :

des 4 membres  des 2 membres inférieurs  des 2 membres supérieurs

d'1 seul membre supérieur  d'1 seul membre inférieur

des 2 membres d'un même côté  Droit  Gauche

Autres difficultés :

amputation  déformation  spasticité  tremblements

Douleurs :

Oui  Non

permanentes  fréquentes  occasionnelles  type neuropathique

Autre (précisez) : .....

Difficultés motrices de la déglutition :

aucun trouble  fausses routes  aides techniques à la prévention

alimentation adaptée  gastrostomie  troubles indéterminés

Difficultés motrices de l'élocution et de la parole :

aucunes ou légères  importantes  maximales

Aide technique à la communication : oui  non



### AUTRES DIFFICULTES

**Difficultés visuelles :**

aucun trouble  mal voyant  non voyant

**Difficultés auditives :**

aucun trouble  mal entendant  surdité

**Difficultés sphinctériennes urinaires :**

continence sphinctérienne  incontinence  incontinence intestinale

sonde à demeure  auto sondage  hétéro sondage

aucun trouble  étui pénien  stomie urinaire

**Fragilité cutanée (escarres) :**

aucune  prévention nécessaire  soins réguliers

**Difficultés respiratoires :**

aucune difficulté  précaution  trachéotomie

oxygénothérapie  ventilation non invasive  ventilation permanente

**Difficultés comitiales :**

comitialité : oui  non

Précisez : .....

### TRAITEMENT ACTUEL

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

### AIDES TECHNIQUES

**Moyen de déambulation et de déplacement habituel :**

	intérieur	extérieur
Aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Périmètre de mobilité indépendante :**

- Aucun déplacement sans aide
- Seulement à l'intérieur de l'établissement ou domicile
- Peut circuler de façon autonome (seul)
- Date de dernière acquisition du fauteuil : .....
- Electrique  Manuel

### TOILETTE

- douche debout
- douche assis(e)
- douche couché(e)
- participation

précisez : .....

shampooing, fréquence, consignes particulières

précisez : .....

brossage des dents : électrique  manuel

soins des ongles, épilations

produits de toilette utilisés (crème, déodorant, parfum)

.....

.....

## DEPENDANCES

Aide humaine (habituellement nécessaire) :

ACTIVITE DE LA VIE QUOTIDIENNE	AIDE HUMAINE												
<p>Transfert :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lever (ex : passer du lit au fauteuil roulant)</li> <li>- Coucher</li> <li>- W.C</li> <li>- Autres</li> </ul> <p>.....</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">sans <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">partielle <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">totale <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sans <input type="checkbox"/></td> <td>partielle <input type="checkbox"/></td> <td>totale <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sans <input type="checkbox"/></td> <td>partielle <input type="checkbox"/></td> <td>totale <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sans <input type="checkbox"/></td> <td>partielle <input type="checkbox"/></td> <td>totale <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
<p>Habillage/déshabillage (dont mise en place et retrait des appareils/prothèses)</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">sans <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">partielle <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">totale <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>									
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
<p>Déplacement intérieur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déplacement sur sol plat</li> <li>- Monter et descendre les escaliers</li> </ul>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">sans <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">partielle <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">totale <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>sans <input type="checkbox"/></td> <td>partielle <input type="checkbox"/></td> <td>totale <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>	sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>						
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
<p>Soins urinaires/ intestinaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide à l'élimination /aide pour incontinence (sonde, change...)</li> <li>- Aide pour aller à la selle (hors transfert), (extraction manuelle, change)</li> </ul>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sans <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">partielle <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">totale <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sans <input type="checkbox"/></td> <td>partielle <input type="checkbox"/></td> <td>totale <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>	Sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>						
Sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											
Sans <input type="checkbox"/>	partielle <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>											

### ALIMENTATION

INSTALLATION A TABLE      fauteuil roulant        
    chaise                             

DEGLUTITION                      spontanée                        
    à la stimulation                
    fausses routes               

**REGIME :**

- hypocalorique
- hypoglucidique
- pauvre en graisse
- sans fibre
- enrichi en fibre
- hyperprotéiné

**TEXTURE :**

- mixée
- moulignée
- hachée
- normale

régime particulier :

hallal, casher, autres (précisez)

allergies alimentaires (préciser)

DUREE DU REPAS.....

HYDRATATION                      eau normale       quantité :.....  
    eau gélifiée       quantité :.....

**PREFERENCES ALIMENTAIRES**

indiquez ce que vous n'aimez pas :.....  
(2 aversions possibles) .....

**AIDE AU REPAS**

- mange seul(e) avec couverts normaux ou adaptés
- toucher-guider
- nécessite une présence (surveillance et/ou stimulation)
- aide totale

PROTOCOLES ALIMENTAIRES      quantité.....  
    alimentation fractionnée

**EXAMEN PSYCHOLOGIQUE**

Conciliation/coopération : au traitement  aux soins  à la toilette

Trouble du caractère

Rituels  précisez :.....

Agressivité  précisez :.....

Troubles de l'humeur : euphorie  cris  pleurs

Déni de la maladie

Repli social, apathie

Hallucinations

Addictions

précisez : .....

Peut se mettre en situation de danger : fugue  tentative de suicide

Anxiété, dépression depuis.....

Antécédents psychiatriques.....

Suivi par un psychologue ou un psychiatre (nom et coordonnées) oui  non

.....

.....

.....

**EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE**

Déficiences intellectuelles : légère  sévère

Trouble du langage oral : compréhension  expression

Problèmes attentionnels : fatigabilité  autre:.....

Troubles mnésiques  Désorientation temporo-spatiale

Syndrome dyséxécutif / frontal  Désinhibition  Anosognosie

Démence de type.....

**PROBLEMATIQUES PERSONNELLES**

.....

CACHET DU MEDECIN :

DATE :