



Réservé à la direction

N° de dossier :

Date de réception :

DOSSIER DE CANDIDATURE

Nom :

Prénom :

Adresse :
.....

Lieu de vie actuel :

TYPE D'ACCUEIL SOLLICITÉ

Interne

Externe

Nombre de jours/semaine :

Externat en attente d'une place en internat


PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER (A REMPLIR IMPERATIVEMENT)

NOM et Prénom :

Fonction : Service :

Adresse :

.....

 :

Mail :

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande en date du, nous vous prions de trouver ci-après les formalités à accomplir en vue d'une admission au Foyer E.P.I.S.

Merci de nous retourner dûment complété et signé le dossier de candidature constitué des éléments suivants :

- Une partie médicale remplie d'une part par le médecin psychiatre et d'autre part, par le médecin généraliste. Ce dossier sera examiné par le Président de l'Association, professeur en psychiatrie ;
- Une partie sociale ;
- Une partie administrative.

Ce dossier de candidature permet d'évaluer si les besoins et les attentes sont en adéquation avec la capacité de l'établissement à accueillir dans les meilleures conditions le (la) futur(e) résident(e) en tenant compte du projet du Foyer Occupationnel E.P.I.S.

Si avis favorable, le candidat sera alors positionné sur liste d'attente et sera invité à visiter la structure et à rencontrer la direction.

L'équipe du foyer reste éventuellement à la disposition du candidat et de l'équipe soignante pour toutes informations complémentaires.

Veillez agréer, M....., l'assurance de mes salutations distinguées.

Salim MESSAOUDI,
Directeur

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM – Prénom(s) du candidat :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Sexe : Homme Femme

N° de téléphone du candidat :

Email du candidat :

Lieu de résidence actuel

- Logement autonome
 Logement familial
 Etablissement de santé
 Service ou établissement médico-social

Nom de la structure d'origine du candidat (si résidence en établissement) :

Adresse :

Nom du professionnel référent ou aidant :

Fonction du référent ou lien de parenté :

N° de téléphone : Email :

Situation familiale

- Célibataire Marié(e), pacsé(e) ou en couple
 Divorcé(e) ou séparé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants :

Âges :

Mesure de protection

- Sans mesure MASP simple
 Sauvegarde de justice MASP renforcée
 Tutelle Curatelle simple
 Curatelle renforcée En cours

Nom de l'organisme mandaté ou famille exerçant la mesure :

Coordonnées de l'organisme :

Nom du délégué :

Téléphone :

Mail :

Informations complémentaires

N° de Sécurité Sociale :

Centre de Sécurité Sociale :

Prise en charge 100 % : OUI NON Type d'exonération :

N° Allocataire C.A.F. :

C.M.U. : OUI NON Fin de droits (date) :

Mutuelle : N° Adhérent :

Adresse :

Ressources

Sans ressources

Salaire

Chômage

AAH

Invalidité

Autres

Pieces à fournir :

- Notification d'orientation Maison Loire Autonomie ;
- Accord d'aide sociale ;
- Attestation sécurité sociale et mutuelle ;
- Attestation d'assurance responsabilité civile ;
- Copie carte d'identité ;
- Copie carte d'invalidité ;
- Jugement de mesure de protection juridique ;
- 2 Photos d'identité ;
- Engagement de payer (en annexe) ;
- Fiche d'engagement du secteur ou médecin psychiatre et/ou acceptation d'un retour dans l'établissement d'origine (en annexe) ;

Projet du candidat au foyer EPIS
(à faire remplir par le candidat)

Vos attentes

Pourquoi désirez- vous venir au foyer EPIS ?.....

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

Qu’attendez-vous de l’accompagnement proposé au foyer ?

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

Quelles sont vos occupations ou activités ?.....

.....
.....

Quels sont vos loisirs extérieurs ?

.....
.....

Partez-vous en vacances ?

- Seul avec votre famille
 Avec un organisme :
 Je ne pars pas en vacances

Pour mieux vous connaître....

| <u>Compréhension</u> | Oui | Non | Observations |
|--|-----|-----|--------------|
| Avez-vous un langage fluide ? | | | |
| Etes- vous capable de mener une conversation ? | | | |
| Savez -vous lire ? | | | |
| Savez-vous écrire ? | | | |
| Savez- vous compter ? | | | |
| Savez- vous utiliser un téléphone portable ? | | | |
| Savez- vous utiliser un ordinateur ? | | | |

| <u>Se repérer, se déplacer</u> | Oui Sans Aide | Oui Avec Aide | Non | Observations |
|--|----------------------|----------------------|------------|---------------------|
| Vous repérez vous dans le temps ? (journée, heures, semaines, mois, année) | | | | |
| Vous repérez vous dans un espace connu ? | | | | |
| Vous repérez vous dans un espace inconnu ? | | | | |
| Utilisez- vous un transport public ? (train, transport adapté, transport en commun, avion) | | | | |
| Utilisez- vous un transport personnel ? (vélo, scooter, marche à pieds, voiture) | | | | |

| <u>Hygiène et esthétique</u> | Oui Sans Aide | Oui Avec Aide | Non | Observations |
|---|----------------------|----------------------|------------|---------------------|
| Vous souciez vous de votre apparence ? | | | | |
| Etes- vous autonome dans les actes de la vie quotidienne ? (toilette, coiffage, rasage...) | | | | |

| <u>Hygiène de vie et santé</u> | Oui Sans Aide | Oui Avec Aide | Non | Observations : |
|--|----------------------|----------------------|------------|-----------------------|
| Veillez- vous à votre sommeil, à votre repos, à vous détendre ? | | | | |
| Avez-vous une alimentation équilibrée ? | | | | |
| Connaissez- vous et avez - vous conscience de vos problèmes de santé ? | | | | |
| Etes- vous autonome pour vous rendre en consultation ? | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Est-ce que j'ai des difficultés à gérer mes humeurs, mes émotions ? | | | | |
|---|--|--|--|--|

| <u>Vos savoirs faire au quotidien</u> | Oui Sans Aide | Oui Avec Aide | Non | Observations : |
|--|----------------------|----------------------|------------|-----------------------|
| Vous habillez vous de manière adaptée ? (météo, évènements,) | | | | |
| Savez- vous entretenir votre espace privé ? | | | | |
| Savez- vous cuisiner un repas simple ? | | | | |

| Gestion de l'argent | Oui Sans Aide | Oui Avec Aide | Non | Observations : |
|--|----------------------|----------------------|------------|-----------------------|
| Savez- vous reconnaître les pièces et billets ? | | | | |
| Savez-vous gérer votre budget en fonction de vos besoins ? | | | | |

| Votre vie sociale | Oui Sans Aide | Oui Avec Aide | Non | Observations : |
|---|----------------------|----------------------|------------|-----------------------|
| Acceptez-vous les règles de vie en collectivité ? | | | | |
| Respectez- vous autrui ? | | | | |
| Savez- vous demander de l'aide ou des conseils (si besoin) ? | | | | |
| Entretenez-vous des relations ? : Familiales Sociales Amicales | | | | |

DOSSIER D'ACCOMPAGNEMENT
(à faire remplir par l'équipe éducative, l'équipe de soins ou la famille)

NOM et Prénom :

Date de naissance :

Domicilié(e) à :
.....

Motif de l'orientation en foyer de vie

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

Histoire de vie

Histoire familiale :
.....
.....
.....
.....
.....

Parcours scolaire et/ou professionnel :
.....
.....
.....
.....

Parcours institutionnel :
.....
.....
.....
.....

Besoins physiologiques

Hygiène :
.....
.....
.....
.....

Alimentation :
.....
.....
.....
.....

Gestion de l'espace personnel :
.....
.....
.....
.....

Psychomotricité :
.....
.....
.....
.....
.....

Besoins cognitifs

Capacités cognitives :
.....
.....
.....
.....

Communication, langage :
.....
.....
.....
.....

Autonomie :
.....
.....
.....
.....

Activités :
.....
.....
.....
.....

| |
|----------------------|
| Socialisation |
|----------------------|

Vie familiale :
.....
.....
.....
.....

Relations avec les professionnels :
.....
.....
.....
.....

Relations avec les autres usagers :
.....
.....
.....
.....

Vie sociale hors-établissement :
.....
.....
.....
.....

Séjours, vacances :
.....
.....
.....
.....

Date : **Nom et fonction du professionnel :** **Signature :**

DOSSIER MEDICAL-Service psychiatrique
(À remettre au médecin psychiatre et à adresser sous pli séparé au Pr PELLET,
Président de l'association ARF)

NOM et Prénom :

Date de naissance : **Sexe :**

Domicilié(e) à :
.....

Hospitalisé(e) actuellement (hôpital, service) :

Pathologie

Diagnostic précis :
.....
.....
.....
.....

Date d'entrée dans la maladie :

Anamnèse :
.....
.....
.....

Parcours de soins :
.....
.....
.....

Antécédents familiaux :
.....
.....

Autres pathologies éventuelles ou troubles associés :
.....
.....

Conduites addictives

| La personne est-elle dépendante ? | Fréquence |
|-----------------------------------|-----------|
| Tabac | |
| Drogues douces | |
| Drogues dures | |
| Alcool | |
| Jeux vidéo | |
| Réseaux sociaux | |
| Sexe | |
| Jeux d'argent | |

Observation :

Retentissements sur la vie sociale et familiale/Nature des liens familiaux :

- Vie familiale
 Rupture
 Isolement
 Autres :

Troubles du comportement

| | Commentaires |
|------------------------------|--------------|
| <u>Fugue</u> | |
| <u>Vols</u> | |
| <u>Exhibitionnisme</u> | |
| <u>Violence sur autrui</u> | |
| <u>Violence sur lui-même</u> | |
| <u>Violence verbale</u> | |
| <u>Troubles alimentaires</u> | |
| <u>Autres</u> | |

Suivi médical

Traitements en cours : (merci de joindre la dernière ordonnance)

-
-
-

Hospitalisations programmées, séquentielles ? Oui Non

- Si oui, lieu, service :
- Fréquence :

| Suivis pluridisciplinaires | Modalité de suivi | Noms et coordonnées |
|------------------------------|-------------------|---------------------|
| Hôpital de jour | | |
| CMP | | |
| CATTP | | |
| Equipe mobile de psychiatrie | | |
| Centre de réhabilitation | | |
| Psychologue | | |
| Autres | | |

Des bilans ont-ils été réalisés (psychomotricité, neuro-psy,) :

- Oui Non

Si oui, merci de joindre une copie.

Remarques ou observations complémentaires :

.....

.....

.....

DATE

CACHET

SIGNATURE DU MEDECIN

MEDECIN GENERALISTE
A remettre au médecin généraliste et à adresser sous pli séparé au PR Pellet,
Président de l'association

NOM et Prénom :

Date naissance : **Sexe :**

Domicilié(e) à :

Information médicale

Poids : **Taille :**

Groupe sanguin :

Tension artérielle moyenne :

Allergies : oui non
 Si oui, lesquelles :

Régime alimentaire : oui non
 Si oui, lesquelles :

Appareils dentaires : oui non
 Si oui, coordonnées du dentiste :

Lunettes : oui non
 Si oui, coordonnées de l'ophtalmologiste :

Moyens de contraception : oui non
 Si oui, coordonnées du gynécologue :

| Vaccins | Dates |
|----------|-------|
| DT polio | |
| BCG | |
| Hépatite | |
| Covid | |
| | |

ANTECEDENTS

| | Nature | Date |
|--------------------------|--------|------|
| Antécédents médicaux | | |
| Antécédents chirurgicaux | | |
| Hospitalisations | | |
| Examens médicaux | | |
| Antécédents familiaux | | |

Pathologie-traitements

| Pathologie | Traitement | Spécialiste |
|------------|------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Merci de joindre la dernière ordonnance

DATE

CACHET

Signature du médecin

ENGAGEMENT A PAYER

Je soussigné(e).....

Demeurant.....

- M'engage à payer par mois à l'Association Recherches et Formations Foyer E.P.I.S., par virement (le RIB me sera fourni à l'entrée dans l'établissement), par chèque ou espèce, le montant des frais de séjour de M..... calculé sur la base du prix de journée fixé par arrêté de Monsieur le Président du Conseil départemental de la Loire, lequel est révisable.

A titre indicatif le prix de journée applicable au 1^{er} avril 2023 est de 122.76 € pour les internes et de 90.97 € pour les résidents en Accueil de Jour.

En cas d'admission de la personne susvisée au bénéfice de l'Aide Sociale, il est précisé que cette admission ne peut avoir un effet rétroactif et que tout paiement effectué avant cette décision ne peut donner lieu à un remboursement.

- M'engage à déposer un dossier de demande d'Aide Sociale pour la prise en charge du prix de journée auprès du Centre Communal d'Action Sociale de ma commune et à payer la participation forfaitaire demandée par le Conseil départemental, soit 6€ par jour de présence pour les externes, 90% des revenus pour les internes avec un minimum légal laissé à disposition soit 291.41 € au 1^{er} avril 2023.

- Si le dossier d'Aide Sociale n'est pas déposé dans le mois qui suit l'admission, le prix de journée sera facturé en totalité.

A.....

Le.....

Signature



FICHE D'ENGAGEMENT DU SECTEUR ou MEDECIN PSYCHIATRE

Je soussigné(e), Docteur _____ certifie poursuivre les soins de Mr. ou Mme _____ à son entrée au Foyer EPIS et pouvoir réaliser une hospitalisation si cela s'avère nécessaire.

En cas de non adaptation de Mr. ou Mme _____ pendant la période d'accueil séquentiel, le service s'engage à réintégrer le résident.

Cachet et signature
du médecin psychiatre



ACCEPTATION D'UN RETOUR DANS L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE

En cas de non adaptation de Mr. ou Mme _____ pendant la période d'accueil séquentiel au Foyer EPIS, l'établissement d'origine s'engage à réintégrer le résident.

Cachet et signature
de l'établissement d'origine