

DOSSIER DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

*Du Service d'Accompagnement à la
Parentalité pour les Personnes en situation
de Handicap de la Gironde*



☎ 05 56 61 24 02

📞 07 55 58 73 18

14 Peyrefitte

33190 La Réole





VOLET ADMINISTRATIF

1. IDENTIFICATION

- VOTRE ETAT CIVIL

Civilité : Madame Monsieur
Nom de naissance : Nom d'usage (si différent) :
Prénom :
Date de naissance (jj/mm/AAAA)
Lieu de naissance : Commune :
Code postal : Pays :

- VOTRE LIEU DE RESIDENCE

Domicile personnel Hébergé (e) au domicile familial de :
Au sein d'une structure médico-sociale, préciser laquelle :
Au sein d'une structure sanitaire, préciser laquelle :
Autre, préciser :

Adresse de votre lieu de résidence :

Commune : Code postal :

- VOS COORDONNEES

N° de téléphone fixe :
N° de Portable :
Adresse mail :



VOLET ADMINISTRATIF

• VOTRE SITUATION FAMILIALE

Situation personnelle :

- Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En Concubinage
 Séparé Divorcé Veuf/veuve

Etat civil du conjoint :

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom :

Enfant(s) OUI NON

Nombre d'enfant(s) :

Dont le nombre d'enfant(s) à charge :

Nom, prénom, date de naissance et lieu de vie de chaque enfant :

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

Pour les familles recomposées, préciser le nom, prénom, date de naissance et lieu de vie des enfants de votre compagne ou compagnon :

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

Grossesse : Si grossesse en cours, préciser la date du terme :
et le nombre d'enfant attendu :



VOLET ADMINISTRATIF

COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

Complémentaire Santé Solidaire (CSS) : **OUI** **NON**

Date d'attribution : du au

Mutuelle **OUI** **NON**

Nom et adresse de la mutuelle :

N° tél :

N° adhérent :

(Nom et prénom de l'adhérent si différent du demandeur) :

.....

Votre mutuelle couvre-t-elle votre ou vos enfant(s) ? **OUI** **NON**

Si oui : Nom, prénom des ayants droits :

.....

VOS PRESTATIONS FAMILIALES :

Organisme d'affiliation :

C.A.F **M.S.A**

Adresse :

.....
.....

N° tél :

N° Allocataire :

Détails des prestations attribuées :

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



VOLET ADMINISTRATIF

VOS PRESTATIONS COMPENSATOIRES :

Avez-vous une :

Pension d'invalidité OUI NON

Date d'attribution : du au

Catégorie de la pension :

Rente d'invalidité OUI NON

Date d'attribution : du au

2 - MESURE DE PROTECTION

❖ Mesure de protection juridique des majeurs (de plus de 18 ans)

Avez-vous une mesure de protection ? OUI NON DEMANDE EN COURS

Laquelle :

- Tutelle
- Curatelle renforcée
- Curatelle simple
- MAJ
- MASP 3
- MASP 2
- MASP 1
- Sauvegarde de justice
- Autre :

Nom, Prénom du mandataire judiciaire :

Le cas échéant sous couvert de l'Association :

Adresse postale :

N° de Téléphone fixe :

N° de Téléphone portable :

Adresse mail :



VOLET ADMINISTRATIF

❖ Mesure de prévention et de protection des mineurs ou jeunes majeurs :

Si vous êtes mineur(e), avez-vous une mesure de protection ?

OUI NON DEMANDE EN COURS

Laquelle :

- Tutelle
- Habilitation familiale
- AED (Mesure d'action éducative à Domicile)
- AEMO (Mesure d'action Educative en milieu Ouvert)
- Mesure de Placement Judiciaire
- Mesure de placement Administratif
- MJIE (Mesure judiciaire d'investigation Educative)
- Autre :

Préciser qui exerce cette mesure :

Nom, Prénom du mandataire judiciaire ou du travailleur social :

.....

Le cas échéant sous couvert de quel service ou association :

.....

Adresse postale :

.....

N° de Téléphone fixe :

N° de Téléphone portable :

Adresse mail :

.....



VOLET ADMINISTRATIF

PCH (Prestation de Compensation du Handicap)

OUI NON

Préciser l'origine des besoins : aide humaine, aide technique, aide à l'exercice parental

.....
.....

Date d'attribution : au

Dossier en cours de demande :

Déposé à la MDPH le :

ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail)

OUI NON

Valable du au

Dossier en cours de demande :

Déposé à la MDPH le :

RQTH (Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé)

OUI NON

Valable du au

Dossier en cours de demande :

Déposé à la MDPH le :

Autre orientation :



VOLET ADMINISTRATIF

4 - SITUATION ACTUELLE

- **Accompagnement**

(préciser le nom du/ des services ou établissements)

- Sans accompagnement ni accueil
- Accompagné(e) par un service médico-social (ex : SESSAD, SAVS, SAMSAH, Mission locale, CCAS, MDS, MSA, PMI, SSIAD, SAAD...)
.....
- Accompagné(e) par un établissement médico-social : (ex : IME, ITEP, IEM, ESAT, EA, FH, FJT...)
.....
- Hospitalisé(e) dans un établissement sanitaire* : (ex : Hôpital, Hôpital de jour, HAD, CMP, CMPEA ...)
.....
- Accompagné(e) par des professionnels libéraux : si oui, lesquels ?
.....
- Accueillis(e) et/ou inscrite au sein d'une maternité, si oui laquelle ? :.....
- Autre, à préciser * :.....

- **Scolarisation / Formation** (préciser les coordonnées)

- Scolarisé en milieu ordinaire :
- Scolarisé en établissement médico-social *
- Autre, à préciser :

- **Formation / Emploi**

- En formation professionnelle
- En congés maternité/ paternité : (Préciser la date de fin)
- En congés parental (Préciser la date de fin)
- Sans activité professionnelle
- En recherche d'une activité professionnelle
- En activité professionnelle
- Autre, à préciser :



❖ Médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune : Code postal : _____

N° de téléphone : ____ ____ ____ ____

E-mail :

❖ Médecins spécialisés : (Exemple : psychiatre, sage-femme...)

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Profession :

Spécialité médicale :

Adresse du Service :

Adresse :

Commune :

Commune :

Code postal : _____

Code postal : _____

N° de téléphone : ____ ____ ____ ____

N° de téléphone : ____ ____ ____ ____

E-mail :

E-mail :

❖ Professionnels para-médicaux : (Exemple : psychologue, psychomotricienne, ergothérapeute...)

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Profession :

Profession :

Adresse :

Adresse :

Commune :

Commune :

Code postal : _____

Code postal : _____

N° de téléphone : ____ ____ ____ ____

N° de téléphone : ____ ____ ____ ____

E-mail :

E-mail :



❖ **Professionnels sociaux :** (Exemple : Assistante sociale, Conseillère en Economie Sociale et Familiale, Educateur Spécialisé, chargé d’insertion Accompagnant Educatif et social (ex : AMP), Aide à domicile, ...)

Nom, prénom :
Profession :
Adresse du Service :
.....
Commune :
Code postal : _____
N° de téléphone : __ __ __ __ __ __ __ __
E-mail :

Nom, prénom :
Profession :
Adresse du Service :
.....
Commune :
Code postal : _____
N° de téléphone : __ __ __ __ __ __ __ __
E-mail :

Nom, prénom :
Profession :
Adresse du Service :
.....
Commune :
Code postal : _____
N° de téléphone : __ __ __ __ __ __ __ __
E-mail :

Nom, prénom :
Profession :
Adresse du Service :
.....
Commune :
Code postal : _____
N° de téléphone : __ __ __ __ __ __ __ __
E-mail :



VOLET BESOINS ET ATTENTES

à remplir avec un professionnel du SAPPH lors de la commission d'admission

Pouvez-vous cocher vos attentes et besoins ainsi que ceux de votre/vos enfant(s) :

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

- Préparer l'arrivée de mon enfant
- Préparer le retour à domicile de mon enfant en lien avec mes futures responsabilités
- Mieux connaître les besoins de mon enfant
- Mieux connaître les risques encourus par mon enfant
- Me soutenir et me conseiller dans mes gestes quotidiens (courses, alimentation, accès aux soins, achat de matériel de nursing, vêtements ...)
- Trouver des activités de loisirs
- M'aider à organiser et préparer les repas pour mes enfants
- M'aider à rétablir des habitudes de sommeil adaptées
- M'aider à trouver un logement adapté à ma famille
- Aménager mon logement pour l'arrivée de mon enfant
- M'aider à me déplacer
- Organiser des vacances en famille
- Avoir du soutien à mon domicile (aide à domicile, TISF, soutien scolaire...)

J'ai besoin d'être orienté(e) vers les dispositifs de droits communs pour :

- Je ne suis pas encore parent et je souhaite m'informer à ce sujet (je ne le mettrais pas ici)
- M'aider à connaître mes droits et y avoir accès
- M'aider dans mes démarches administratives et budgétaires en lien avec ma famille
- M'aider à trouver un mode de garde pour mon enfant (assistante maternelle, crèche, centre de loisirs...)
- M'aider à communiquer avec les professionnels qui nous entourent et m'aider à comprendre les informations
- M'aider à communiquer avec les instituteurs de l'école et mettre en place les recommandations
- Me mettre en lien avec des professionnels de santé et me soutenir tout au long de mes démarches (maternité, pédiatre, sage-femme, puéricultrice...)
- M'aider à comprendre et mettre en place les recommandations de professionnels de santé
- Trouver des professionnels de santé adaptés aux besoins de mes enfants (orthophoniste, psychomotricienne...)
- M'aider à organiser mon congé parental
- M'aider à trouver du travail, ou à me maintenir dans l'emploi suite à l'arrivée de mon enfant et en lien avec mes nouvelles responsabilités familiales



VOLET SOCIO EDUCATIFS

(Volet à remplir par le(s) professionnels qui vous accompagnent : travailleur social, professionnel de la santé, mandataire judiciaire...)

Biographie, histoire de vie :

Histoire de la pathologie/ Nature du handicap/ Diagnostic :

Hospitalisation(s) ou accueil en structure(s) antérieure(s) :

Observations éducatives : (Niveau d'autonomie quotidienne, vie sociale ...)

Début des premières difficultés et/ou déclenchement des troubles, antécédents institutionnels, hospitalisations...:



Acquis cognitifs : Sait :

- Lire OUI NON
- Compter OUI NON
- Faire des opérations simples OUI NON
- Ecrire OUI NON
- Lire l'heure OUI NON
- Se repérer dans le temps OUI NON
- Se repérer dans l'espace OUI NON
- Téléphoner OUI NON
- Prendre un RDV OUI NON
- Gérer son argent OUI NON

Relations sociales : Sait :

- Se protéger OUI NON
- Affronter des situations génératrices de stress et d'angoisses OUI NON
- Demander de l'aide OUI NON

Observations éventuelles :

Nom de la personne ayant rempli le dossier :

Date :

Signature :



LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

A joindre au dossier :

- La copie de la pièce d'identité
- La copie du livret de famille
- La copie des notifications de décision de la CDAPH (SAVS, SAMSAH, ESAT, AAH, PCH) si demande en cours : la copie de l'accusé de réception
- La copie de l'attestation de sécurité sociale
- La copie de l'attestation de Mutuelle
- La copie de l'attestation de responsabilité civile
- La copie du jugement de mesure de protection
- Acte de naissance (pour une éventuelle demande de complément PCH parentalité)

- Eventuellement, tout autres documents, comptes rendus de professionnels paramédicaux, bilans d'évaluation, rapports sociaux ou d'autonomie, projet personnalisé, qui vous semblent important de nous faire part



Réponse à la demande d'accompagnement

La réponse à la demande d'accompagnement est à remplir par le SAPPH dans un délai maximum de 2 mois à compter de la réception de la demande.

La copie signée par le responsable du service sera adressée au bénéficiaire de la demande (et/ou à son représentant légal) ainsi qu'à la MDPH.

Dossier réceptionné le :

Nom du service :

Nom du responsable :

Adresse :

Commune : Code postal :

Téléphone :

E-mail:

Décision :

Admis : Début de l'accompagnement proposé le

Sur liste d'attente

Non admissible

Si « Non admissible », proposition d'une orientation vers un autre service, et motivation du refus :

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

Fait, leA,

Tampon et signature du Responsable: