

Courriel Responsable Commission d'Admission : ogodin@aet48.fr



DOSSIER DE CANDIDATURE

Concernant Monsieur, Madame, Mademoiselle (1)

NOM :

Prénoms :

(1) Rayez les mentions inutiles

PERSONNE CHARGÉE DU DOSSIER

NOM :

Prénoms :

Adresse :

N° de Téléphone :/...../...../...../.....

Qualité :

ASSOCIATION L'ÉDUCATION PAR LE TRAVAIL - LAVAL-ATGER - 48600 SAINT BONNET LAVAL

Tél : 04 66 46 34 09 - Fax : 04 66 46 35 64 - Mail : esatfoyer@aet48.fr

www.foyer-medicalise-lozere.com

Ce dossier de candidature doit nous permettre un recueil d'informations le plus complet possible afin d'éclairer notre commission d'admission sur la faisabilité du projet de la personne dans les domaines administratifs, sociaux, professionnels, soins, familiaux.... Attachés au respect d'une logique de parcours, la complétude des informations que nous demandons au sujet de la personne candidate est un gage de réussite à son éventuel futur accompagnement au Prieuré. Nous vous demandons de constituer ce dossier avec beaucoup d'attention et de précision.

Cette connaissance nous permettra, si votre dossier est retenu, d'étoffer nos échanges ultérieurs et valoriser qualitativement ensemble votre projet. Notre objectif reste de vous offrir le meilleur accompagnement possible, adapté à vos difficultés et capacités, dont vous êtes en droit d'attendre d'un établissement comme le nôtre.

Ce dossier, une fois **rempli dans son intégralité**, devra être retourné à :

Monsieur le Directeur Foyer-ESAT « Le Prieuré » 48600 LAVAL-ATGER

Déroulement de la procédure d'admission.

Dès réception, ce dossier est étudié par le responsable de la commission d'admission. Il vérifie la présence des renseignements indispensables et des pièces demandées pour un examen valide du dossier par la commission.

Si la demande est retenue, la personne recevra une invitation pour une journée de préadmission mise en place au Prieuré une fois par mois sauf en juillet et août. A cette invitation, peuvent y être associés la famille, les travailleurs sociaux impliqués dans la demande, les tuteurs ou curateurs si la personne candidate bénéficie d'une mesure de protection.

Cette journée commence par une visite complète de l'ESAT et d'une partie du foyer d'hébergement le matin. A midi, vous êtes conviés à prendre le repas avec les membres de notre commission d'admission suivi en début d'après-midi par des entretiens avec ces derniers : directeur, directeur-adjoint, 2 chefs de services éducatifs du foyer, chef d'ateliers ESAT et psychologue.

A l'issue de cette journée de préadmission, les membres de la commission se réunissent et statuent sur une proposition ou non d'une période de stage de trois semaines. Cette décision est notifiée par écrit dans les jours qui suivent. L'objectif de ce stage d'observation est d'évaluer les capacités au travail du candidat, ses aptitudes à vivre sur notre foyer d'hébergement et à lui permettre de vérifier que l'environnement proposé corresponde à ses attentes personnelles. Le foyer d'hébergement devenant lieu de résidence lors de la phase d'admission, nous demandons à la personne candidate lors de ce stage d'expérimenter cet accueil, non seulement la semaine mais aussi sur l'ensemble des week-ends (3 au total). *Sauf en cas de force majeure, aucun retour en famille n'est prévu durant cette période. Les visites familiales à l'établissement restent néanmoins possibles.* Le stagiaire percevra un pécule de soixante euros à la fin du stage.

Aux termes de ces trois semaines, si le bilan de l'ESAT et du foyer d'hébergement est positif et en fonction des places disponibles, elle est inscrite sur liste d'attente.

Dès qu'une place est disponible, et si la personne le souhaite, elle pourra intégrer la structure pour une période d'essai de 6 mois. Salariée dès le premier jour de la période d'essai, elle pourra intégrer définitivement l'établissement à l'issue de cette période si le bilan est positif et si elle le souhaite.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'un placement en ESAT-FOYER fait l'objet d'une prise en charge des frais de séjour par l'Aide Sociale du département du domicile de secours. Nous vous invitons, si ce n'est déjà fait, à faire les démarches nécessaires auprès de l'aide sociale du département concerné.

En contrepartie, le bénéficiaire doit reverser les deux tiers de son salaire et les 90 % de ses autres ressources sans que le minimum légal laissé à sa disposition soit inférieur à 50 % du montant de l'AAH à taux plein en vigueur. Soit au 1^{er} Avril 2019 :

430.00 € représentant 50 % de 860.00 €. (Décret N° 2005-725 du 29 Juin 2005).

Partie administrative

L'INTERESSE (E)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse actuelle :

.....

Ce domicile est-il reconnu comme domicile de secours* ?

OUI NON

Si NON, indication précise du domicile de secours :

.....

.....

N° de téléphone :/...../...../...../.....

N° de portable :/...../...../...../.....

Email :

Situation de famille :

* : **Le domicile de secours** n'est pas forcément le lieu où habite la personne au jour où elle renseigne le dossier. Ce n'est pas non plus son lieu de naissance.

La notion de domicile de secours est définie par le Code de l'Action Sociale et des familles, aux articles L122-1, L122-2, L1222-3 et L122-4.

Article L122-2 : « Le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation »

Un séjour en milieu hospitalier ou en établissement médicosocial ne modifie pas le domicile de secours acquis, quelle que soit la durée de ce séjour.

La notion de domicile de secours est utilisée pour désigner la collectivité (département – conseil général) qui doit verser le prix de journée à un établissement pour une personne qui bénéficie de l'aide sociale. Dans le cas présent, le foyer d'hébergement « Le Prieuré » facturera au département du domicile de secours dont vous dépendez son prix de journée tant que vous y serez hébergé.

La demande de prise en charge de vos frais d'hébergement auprès de l'aide sociale de votre domicile de secours est donc indispensable (elle est différente de la décision d'orientation qui vous a été notifiée par la MDPH).

PHOTO
OBLIGATOIRE

à coller
ici

INFORMATIONS CONCERNANT LA FAMILLE

CONJOINT(E) DE L'INTERESSE(E)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone :/...../...../...../.....

N° de portable :/...../...../...../.....

Email :

Profession :

ENFANT(S) DE L'INTERESSE(E)

NOM	Prénoms	Date de naissance
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

PERE

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :/...../...../...../.....

Email :

Profession :

Situation de famille (2) :

Marié Divorcé Remarié
Veuf Séparé Décédé le/...../.....

Si remarié :

Nom du conjoint : Prénom :

Profession :

MERE

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :/...../...../...../.....

Email :

Profession :

Situation de famille (2) :

Mariée Divorcée Remariée
Veuve Séparée Décédée le/...../.....

Si remariée :

Nom du conjoint : Prénom :

Profession :

(2) : Cocher les cases correspondantes

FRATRIE

NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Profession :
Adresse actuelle :
.....
N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :/...../...../...../.....
Email :
Situation de famille :

NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Profession :
Adresse actuelle :
.....
N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :/...../...../...../.....
Email :
Situation de famille :

NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Profession :
Adresse actuelle :
.....
N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :/...../...../...../.....
Email :
Situation de famille :

NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Profession :
Adresse actuelle :
.....
N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :/...../...../...../.....
Email :
Situation de famille :

NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Profession :
Adresse actuelle :
.....
N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :/...../...../...../.....
Email :
Situation de famille :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (2)

Conjoint Père Mère
Frère Sœur Tuteur
Famille d'accueil Autre

Si les coordonnées de la personne à prévenir n'ont pas été données précédemment, merci de préciser :

NOM : Prénom :

N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :/...../...../...../.....

Adresse actuelle :

.....

Lien de parenté éventuel avec le candidat :

PERSONNES SUSCEPTIBLES DE RECEVOIR LE CANDIDAT PENDANT LES WEEK-ENDS OU LES VACANCES (2)

Conjoint Père Mère
Frère Sœur Tuteur
Famille d'accueil Autre

Si les coordonnées de la (des) personnes susceptibles de recevoir le candidat durant les week-ends ou les vacances n'ont pas été données précédemment, merci de préciser :

NOM : Prénom :

N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :/...../...../...../.....

Adresse actuelle :

.....

Lien de parenté éventuel avec le candidat :

NOM : Prénom :

N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :/...../...../...../.....

Adresse actuelle :

.....

Lien de parenté éventuel avec le candidat :

(2) : Cocher les cases correspondantes

PROTECTION TUTELAIRE

Le candidat bénéficie t-il d'une mesure de protection ? OUI NON

Si oui, nature de la mesure de protection :

Le tuteur :

NOM : Prénom :

Organisme :

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone :/...../...../...../..... N° de portable :/...../...../...../.....

N° de fax :/...../...../...../..... Email :

COUVERTURE SOCIALE

Adresse de la caisse d'affiliation :

.....

.....

Numéro d'immatriculation :

Le candidat a-t-il une mutuelle ? OUI NON

Si oui, adresse :

.....

Numéro d'adhérent :

NOTIFICATIONS DE CDAPH ET PRISE EN CHARGE

Orientation professionnelle en ESAT-FOYER valable du/...../..... au/...../.....

Reconnaissance de travailleur handicapé valable du/...../..... au/...../.....

Attribution de la carte d'invalidité valable du/...../..... au/...../.....

Taux d'incapacité : %

Attribution de l'Allocation aux Adultes Handicapés valable du/...../... au/...../...

Prise en charge Aide Sociale délivrée par le département de

valable du/...../..... au/...../.....

PARCOURS DU CANDIDAT

PARCOURS SCOLAIRE

Parcours scolaire en milieu ordinaire (3) :

Années	Classes	Nom et adresse des Etablissements fréquentés

Etablissements spécialisés fréquentés (3) :

Années	Nom et adresse des Etablissements fréquentés	Raisons du départ

Diplômes obtenus, bilans scolaires, rapports de comportement :

Année / date	Nature et intitulé du document (3)

(3) : Joindre les copies

PARCOURS PROFESSIONNEL

Parcours professionnel en milieu ordinaire (4) :

Années	Emploi occupé	Adresse de l'employeur	Raisons du départ*

Parcours professionnel et institutionnel en milieu protégé(4) :

Années	Emploi occupé	Adresse de l'employeur	Raisons du départ*

Diplômes ou permis obtenus, certificats de travail, projets personnalisés, rapports de comportement :

Année / date	Nature et intitulé du document (4)

(4) : Joindre les copies

* : Précisez les raisons du départ

Partie éducative

VIE QUOTIDIENNE

	OUI	EN COURS D'ACQUISITIO N	NON
Le(la) candidat(e) est-il (elle) repéré(e) dans le temps			
Le(la) candidat(e) est-il (elle) repéré(e) dans l'espace			
Sait-il (elle) lire l'heure			
Est-il (elle) autonome sur le plan de l'hygiène corporelle			
Aptitudes à entretenir son espace personnel			
Aptitudes à préparer un petit déjeuner			
Aptitudes à préparer un repas			
Le(la) candidat(e) a-t-il (elle) notion de l'argent			
Sait-il (elle) le gérer seul			
Sait-il (elle) le gérer avec une aide			

VIE COLLECTIVE

	OUI	EN COURS D'ACQUISITIO N	NON
Capacité à vivre en collectivité			
Le (la) candidat(e) a-t-il (elle) l'expérience d'une vie en collectivité mixte			
Aptitudes à respecter le cadre			
Participation aux tâches collectives			
Aptitudes à prendre des initiatives			
Capacité à passer seul une journée de loisirs			
Nécessité d'un encadrement permanent			
Nécessité d'un encadrement à la demande			

VIE PERSONNELLE

	OUI	EN COURS D'ACQUISITION	NON
APTITUDES A LA COMMUNICATION ET ACQUISITIONS SCOLAIRES			
Lire			
Ecrire			
Compter			
Faire des divisions			
Téléphoner			
Utiliser l'ordinateur pour rédiger un courrier			
Utiliser l'ordinateur pour réaliser un tableau			
Utiliser Internet			
APTITUDES AUX DEPLACEMENTS			
Titulaire du permis de conduire			
Conduit-il (elle) régulièrement une voiture ?			
Conduit-il (elle) régulièrement un deux-roues ?			
Peut-il (elle) circuler seul(e) en train ?			
RELATIONS AUX AUTRES			
Capacité à dire non			
Capacité à se protéger			
Capacité à gérer des conflits			
Capacité à exprimer ses sentiments et ses émotions			
SANTE			
Capacité à demander du soin			
Gestion autonome d'un traitement			
Utilisation d'un pilulier			

DEPENDANCES ET ADDICTIONS

Le (la) candidat(e) présente-t-il (elle) une dépendance aux produits suivants :

	Chroniques	Ponctuels	NON
Tabac			
Alcool			
Drogue (préciser)			
Jeux vidéo			
Autres (préciser)			

Comment se manifeste(nt) cette (ces) dépendance(s)

Repli sur soi Euphorie Volubilité
 Automutilation Violence envers les autres

Préciser :

.....

.....

.....

COMPORTEMENT

Le (la) candidat(e) a-t-il (elle) tendance des tendances

	OUI	NON
au vol ?		
à l'agressivité ?		
à la violence ?		
aux fugues ?		

ANTECEDANTS JUDICIAIRES

Le (la) candidat(e) a-t-il (elle) des démêlées avec la justice ? OUI NON

Si oui,

- A quelle date :
- lesquelles :

.....
.....

Le (la) candidat(e) a-t-il (elle) fait ou fait-il (elle) l'objet d'un suivi judiciaire ?

OUI NON

APTITUDES AU TRAVAIL

APTITUDES INTELLECTUELLES

	FAIBLE	MOYENNE	BONNE
Compréhension d'une consigne orale			
Compréhension d'une consigne écrite			
Aptitude à respecter les consignes			
Capacité à passer d'une consigne à l'autre			
Capacité à mémoriser			
Respect des consignes de sécurité			
Capacité de concentration			
Capacité d'attention			
Connaissance des unités de mesure			

APTITUDES ET CAPACITES AU TRAVAIL

	FAIBLE	MOYENNE	BONNE
Capacité à travailler individuellement			
Capacité à travailler en équipe			
Capacité à travailler en équipe mixte			
Application des consignes			
Capacité à prendre des initiatives			
Ponctualité			

RYTHME DE TRAVAIL : Rapide Lent
 Régulier Irrégulier

APTITUDES PHYSIQUES

	FAIBLE	MOYENNE	BONNE
Autonomie dans les déplacements			
Aptitude au port de charges			
Tolérance au bruit			
Tolérance au travail répétitif			
Tolérance à la poussière			
Tolérance à la fatigue			
Habilité manuelle			
Précision des gestes			

	OUI	NON
Obligation d'un travail assis		
Possibilité de travailler debout		
Possibilité de travailler sur machines		

COMPORTEMENT SOCIAL AU TRAVAIL

- Trait de caractère dominant : Calme Renfermé
 Expansif Violent
- Capacité à se contrôler : Faible Moyenne Bonne
- Capacité à s'adapter à une Situation nouvelle : Faible Moyenne Bonne
- Capacité à demander de l'aide : Faible Moyenne Bonne
- Participation à la vie de l'atelier : Faible Moyenne Bonne

Quelles sont vos préférences ? Travail à l'extérieur Travail à l'intérieur

Indiquer par un nombre de 1 à 8 l'intérêt que vous portez aux activités suivantes (1 correspondant à l'activité qui vous intéresse le plus)

Ateliers	1	2	3	4	5	6	7	8
Menuiserie (fabrication de palettes)								
Menuiserie (fabrication de ruches)								
Horticulture								
Espaces verts								
Blanchisserie								
Conditionnement								
Filage de cadres de ruches								
Services Généraux (ménage – cuisine)*								

* : Cet atelier reçoit un petit nombre de résidents, les places disponibles sont donc rares

Partie médicale

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX, PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

A remplir par votre médecin traitant ou votre psychiatre.

Les feuillets 17 à 19, une fois complétés, sont à détacher et à insérer dans l'enveloppe ci-jointe.

ANTECEDENTS MEDICAUX

NEUROLOGIQUES (épilepsie) – Joindre le dernier EEG

.....

Préciser le suivi actuel et le traitement

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

AUTRES PATHOLOGIES

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

TRAITEMENT ACTUEL

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

CONTRACEPTION

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

ALLERGIES

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

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

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

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES ET PARCOURS PSYCHIATRIQUE
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE
.....
.....
.....
.....

ETAT PSYCHIATRIQUE ACTUEL
.....
.....
.....
.....

TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE ACTUEL

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

CONDUITES ADDICTIVES EVENTUELLES

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

AUTRES TROUBLES DES CONDUITES

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

ANTECEDENTS ET ETAT PSYCHOLOGIQUES

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

Handicap mental (si OUI catégorie) :

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

SI QI =

.....

ATTESTATION DE REPRISE

Je soussigné agissant en

qualité de (père – mère – tuteur – établissement – médecin hospitalier...)

.....

m'engage à reprendre M.....

en cas d'échec à son placement au ESAT-FOYER "Le Prieuré".

Fait à, le

Signature

AUTORISATION POUR L'UTILISATION
DE L'IMAGE DU MAJEUR PROTEGE

- A des fins d'accompagnement clinique et éducatif
- Intra établissements
- Intra professionnels

Je soussigné représentant légal de
Monsieur, Mademoiselle
autorise le Foyer "Le Prieuré" à utiliser son image pour servir des objectifs
institutionnels, sans atteinte à l'intimité de sa vie privée, et sans usage de ces
images à des fins commerciales.

A,
Signature du responsable légal

Le,
Signature du majeur protégé

Nous attirons votre attention sur le fait que ce dossier ne sera étudié que s'il est accompagné des pièces indiquées ci-dessous.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :

- Notification de MDPH préconisant le placement en ESAT
- Notification de MDPH préconisant le placement en FOYER D'HEBERGEMENT
- Notification de MDPH avec RQTH
- Notification d'attribution de l'Allocation aux Adultes Handicapés
- Copie du certificat médical (cerfa 15695*01) joint à la demande MDPH
- Copie de la carte d'identité
- Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité Sociale
- Copie de la carte d'invalidité (*)
- Extrait d'acte de naissance
- Jugement de tutelle (*)
- 4 photos d'identité

- Copie des diplômes (*)
- Copie du permis de conduire (*)
- Copie des divers autres permis dont le candidat est titulaire (cariste ...) (*)
- Certificats de travail (*)
- Rapports de comportement
- Projet personnalisé

- En cas d'épilepsie, EEG récent
- Bilan sanguin récent
- Ordonnance du traitement en cours (copie)

(*) : Dans la mesure où le (la) candidat(e) est en possession de ce document