

DOSSIER D'ENTRÉE DANS UN HABITAT

« Famille Gouvernante - Habitat inclusif »

NB : Veuillez noter que tout dossier d'entrée dans l'habitat incomplet, ne sera pas pris en considération.

(A remplir par la personne elle-même avec l'aide d'un tiers : infirmier(e), assistant(e) sociale(e), famille...) et à retourner à :

UDAF 09

« Famille Gouvernante – Habitat inclusif »

✉ 19 rue des moulins 09000 Foix

☎ 05-61-05-46-01

💻 : direction@udaf09.fr

Nom :

Prénom :

Date :

DISPOSITIF

Saint-Girons

Bilan SOCIO-ADMINISTRATIF

Référent social : (nom, qualité et coordonnées) :

Téléphone :

Adresse mail :

Etat civil du candidat

- Nom :
 - Prénom :
 - Date de naissance :
 - Nationalité :
 - Adresse actuelle :
 - Téléphone :
 - Situation familiale :
- Nom de jeune fille :
- Lieu de naissance :

Protection sociale

- Caisse de sécurité sociale :
- Numéro de sécurité sociale :
- Caisse Complémentaire :
- ALD pour raisons psychiatriques : Oui Non

Protection juridique

- Type de protection :
- Date initiale de la mesure :
- Organisme mandaté :
- Nom et coordonnées du délégué :
- Mesure d'accompagnement : SAVS : Oui Non
- SAMSAH : Oui Non

Revenus :

Nature et montant des ressources :

Nature	Montant

Notification de droits :

- | | | |
|------------------------------------------------|-----------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> AAH taux : | date de la décision : | |
| du.....au..... | | |
| <input type="checkbox"/> PCH taux : | date de la décision : | |
| du.....au..... | | |
| <input type="checkbox"/> ACTP | date de la décision : | |
| du.....au..... | | |
| <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité | date de la décision : | |
| du.....au..... | | |
| <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité | date de la décision : | catégorie : |

Suivi social :

Oui Non

Nom, qualité et adresse du référent :

Téléphone :

SITUATION PERSONNELLE

Situation familiale : (relations avec les parents, les enfants, la famille au sens large et l'entourage autre. Eventuellement coordonnées des personnes).

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

Personne à prévenir :

- Nom, prénom :
- Téléphone :
- Qualité :
- Adresse :

Expériences de vie autonome : (est- ce que vous avez déjà vécu seul/e, dans quel type de logement, où, combien de temps, comment cela s'est- il passé ?)

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

Conditions de vie actuelle : (seul(e), en institution, en famille...)

.....
.....

Insatisfactions et difficultés dans le mode de vie actuel :

.....
.....

SUIVI MEDICAL

- Médecin référent : ☎
- Psychiatre référent : ☎
- Infirmier référent : ☎
- Autres suivis

(NB : si votre médecin souhaite adresser un certificat médical, il peut le faire sous pli confidentiel).

- Traitements :
.....
.....

- Historique de la maladie (date de début, nombre d'hospitalisation, lieux, durées, motifs...) :

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

- Prise en charge actuelle, modalités d'intervention, fréquence des interventions ... :

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

- Allergies : Oui Non Préciser :

- Régime alimentaire spécifique :

.....

- Autres problèmes de santé :

.....

- Points particuliers à surveiller :

.....

AUTONOMIE : (cocher)

	Autonomie	Stimulation Partielle	Stimulation Complete	Remarques
Hygiène / Habillement				
Toilette / Douche				
Hygiène bucco-dentaire				
Rasage				
Shampooing				
Manucure				
Bain de pied				
Accompagnement WC				
Entretien de la chaise percée				
Change des protections				
Habillage/Déshabillage				
Choix des vêtements				
Bas de contention				
Entretien logement				
Réfection du lit				
Ménage				
Entretien du linge				
Repassage				
Rangement				
Sécurité				
Port de la Téléassistance				
Passer un appel				
Prise des médicaments				
Alimentation				
Préparation des repas				
Réchauffer les repas				
Prise des repas				
Motricité / Déplacements				
Lever				
Transferts				
Coucher				
Marche				
Sorties				
Courses				
Sortir seul(e)				
Organisation d'activités				
Orientation dans l'espace				
Orientation dans le temps				
Autres				
Compagnie et animation				
Démarches administratives				

MATERIEL MÉDICAL (cocher)	
Lunettes	
Prothèses auditives <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	
Prothèses dentaires <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas	
Fauteuil <input type="checkbox"/> Roulant <input type="checkbox"/> Electrique	
Chaussures Orthopédiques	
Bas de contention	
Appareil respiratoire pour la nuit	
Casque à réduction de bruit	
Autres, précisez : _____	

Relations avec les autres :

- Avez-vous des difficultés dans vos relations avec les autres ? Oui Non
Si oui, lesquels ?

.....
.....

- Vous sentez –vous apte à vivre en groupe ? Oui Non

- Pratiquez-vous des activités (sportive, culturelle...) ? Lesquelles ?

.....
.....

- Vous arrive- t-il de vous mettre en danger ? Comment ?

.....
.....

