

Qu'attendez-vous du SAVS (souhaits, attentes, besoins) ?

Il est possible de répondre plus longuement sur un papier libre

Votre situation actuelle

- à domicile
 en établissement de santé

Précisez :

- en établissement médico social

Précisez :

Comment avez-vous eu connaissance du service ?

- Famille - amis
 Mandataire judiciaire
 Assistante sociale
 Autre à préciser :

Date : Signature du demandeur :

Nom de la personne ayant renseigné le dossier si différent du demandeur :

Qualité de la personne :

N° de téléphone : Email :

Signature :

Si nous ne parvenons pas à vous joindre aux coordonnées figurant dans ce dossier, nous autorisez-vous à contacter une personne qui pourra entrer en contact avec vous ? Si oui, merci d'indiquer ses nom-prénom et coordonnées ci-dessous :

Dossier à retourner avec les copies demandées

➤ Par courrier : SAVS Polyvalent du Bassin d'Arcachon 39 route des Lacs 33380 BIGANOS

➤ Par mail : secretariat@savspoly-ba.com

Partie réservée au service :

Dossier reçu le Dossier complet le

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Documents à joindre en complément de ce dossier dûment rempli :

Copie recto/verso d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour)

Copie de la Notification de votre orientation SAVS délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou récépissé du dépôt de dossier de demande d'orientation SAVS auprès de la MDPH (si vous êtes en attente de votre orientation).

Copie du jugement du tribunal (si vous bénéficiez d'une mesure de protection)

Données de l'autonomie complétées

Une photo d'identité

VOTRE IDENTITE

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Sexe : Féminin Masculin

Date et lieu de naissance : Nationalité :

Adresse :

Tél. fixe : Portable :

Email

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Etes-vous couvert par la sécurité sociale : OUI NON

N° de sécurité sociale :

Avez-vous une complémentaire santé : OUI NON

Percevez-vous des allocations de la CAF ou de la MSA : OUI NON

Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.) :

N° de dossier MDPH :

N° Familial :

N° Individuel :

Percevez- vous l'AAH ? Non Oui, valable jusqu'au

Avez-vous une notification PCH ? Non Oui, valable jusqu'au

Avez-vous une carte d'invalidité ? Non Oui, valable jusqu'au

VOTRE SITUATION PERSONNELLE

Vous vivez seul(e)

Vous vivez en couple : vie maritale marié(e) pacsé(e)

Avec enfant(s) précisez le nombre Sans enfant

VOTRE HEBERGEMENT

Vous habitez :

En logement autonome

En Colocation avec (précisez)

Avec la Famille (précisez)

En Famille d'accueil (précisez)

Autre (précisez)

VOS DEPLACEMENTS

A pied

En Vélo

En scooter

En transport en commun

En voiture

En voiturette

Vous pouvez cocher plusieurs réponses

VOTRE SANTÉ

Avez-vous des problèmes de santé ? Si oui lesquels ?

.....

Précisez la nature de votre handicap principal

intellectuel

moteur

multihandicap (précisez)

.....

psychique

sensoriel :

autre (précisez)

autisme

VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Vous êtes actuellement :

Dans un établissement spécialisé : ESAT
 Autre

Précisez :

Salarié(e) dans le milieu ordinaire Entreprise Adaptée
 Salarié(e) de droit privé
 Salarié(e) de la fonction publique

Précisez :

Demandeur d'emploi Pôle emploi
 Cap emploi

Sans activité professionnelle Inactif
 Inapte au travail
 Retraité(e)

Autre :

VOTRE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Une mesure de protection est-elle en place :

Oui Non demande en cours

Si oui, il s'agit d'une :

Curatelle simple curatelle renforcée tutelle sauvegarde de justice

Nom de l'organisme :

Nom de votre représentant légal :

Lien de parenté :

Adresse :

Tél :

Email :

Avez-vous des personnes qui peuvent vous aider ? Précisez (Proche, amis, famille, voisin....)

.....

.....

.....