

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

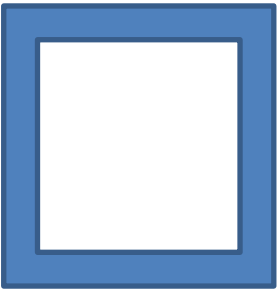
*Il est possible de répondre plus longuement sur un papier libre*



Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
du Bassin d'Arcachon

**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

GCSMS SAVS POLYVALENT du Bassin d'Arcachon  
Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale  
ADAPEI-APF-IRSA-RENOVATION

SIRET 52765086500027  
39 route des Lacs 33380 BIGANOS  
Tél 05 57 70 70 16 – www.savspolyvalent-bassin-arcachon.fr

**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](mailto:secretariat@savspoly-ba.com)

**Partie réservée au service :**

**Dossier reçu le** ..... **Dossier complet le** .....

**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*

**Souhaitez-vous mentionner des difficultés particulières ?**

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

**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....)**

.....

.....

.....