

### INFO PRATIQUE :

*Vous êtes professionnel, vous accompagnez ou prenez en charge une personne en situation de handicap. Si vous rencontrez ou si elle rencontre actuellement des difficultés :*

- En cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ;
- En cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque, ou de constat de rupture avérée du parcours de la personne en lien avec des situations non souhaitées telles que le retour à domicile prématuré et non souhaité ;
- l'exclusion d'un établissement sanitaire et médico-social ;
- le refus d'admission par un établissement ou la non perspective d'y rentrer ;

*Si vous, ou cette personne, vous trouvez sans solution d'accompagnement ou bien la prise en charge n'est plus adaptée aux besoins, vous pouvez faire la demande d'un Plan d'Accompagnement Global.*

### Usager concerné

Nom – Prénom : .....

N° classothèque : .....

Date de naissance : .....

Domicile : .....

Usager informé  Oui  Non

### Origine de la saisine

Date de la saisine : ..... / ..... / 20.....

Nom et prénom : .....

Organisme : .....  MDPH de la Marne

Coordonnées : .....

Si mise en place d'un PAG, accepteriez vous d'être coordinateur de parcours :  Oui  Non

<b>REPRÉSENTANT LÉGAL :</b>	<b>AUTORITÉ PARENTALE :</b>
<input type="checkbox"/> Habilitation familiale <input type="checkbox"/> Curatelle simple <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Délégation à un tiers
Prénom : .....	Prénom : .....
Nom : .....	Nom : .....
Coordonnées : .....	Coordonnées : .....
<b>MESURE D'ASSISTANCE ÉDUCATIVE</b>	
<input type="checkbox"/> Administrative <input type="checkbox"/> Judiciaire	
Exercée par : .....	

## Attentes de la personne concernée et/ou de son entourage

(veuillez préciser les attentes, besoins actuels et leurs éventuelles évolutions, les obstacles rencontrés ...)

## Historique de parcours

- Contexte socio-familial

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

- Suivi sanitaire

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

- Suivi médico-social

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

- Parcours scolaire et/ou professionnel

## Situation actuelle

## Scolaire et professionnelle :

## Prise en charge sanitaire et médico-sociale

Identification des intervenants impliqués dans l'accompagnement de la personne concernée :

NOM / PRÉNOM	COORDONNÉES	NATURE DE L'ENGAGEMENT	DATE DE DÉBUT DE PRISE EN CHARGE

## Votre emploi du temps hebdomadaire :

	MATIN	MIDI	APRÈS-MIDI	NUIT	TRANSPORTS EFFECTUÉS PAR :
LUNDI					
MARDI					
MERCREDI					
JEUDI					
VENDREDI					
SAMEDI					
DIMANCHE					

## Démarches entreprises auprès d'établissements, services médico-sociaux et sanitaires :

Merci d'indiquer toutes les structures sollicitées et les réponses obtenues (joindre les courriers reçus)

STRUCTURES CONTACTÉES	DATE	LA STRUCTURE A-T-ELLE APPORTÉ UNE RÉPONSE ÉCRITE (ARTICLE L.241-6 DU CASF) * ?		
		OUI/NON	DATE D'INSCRIPTION SUR LA LISTE D'ATTENTE	MOTIF DU REFUS LE CAS ÉCHÉANT

\*L214 - 6 du CASF : tout décision de refus d'admission par l'autorité habilitée à la prononcer est adressé à la MDPH, à la personne handicapée ou à son représentant légal, ainsi qu'à l'autorité qui a délivré l'autorisation. Elle comporte les motifs de refus au regard du deuxième alinéa du présent III

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Article L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal) La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.



## VOLET À REMPLIR PAR LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL

**Consentement\*** à l'étude de la situation et à l'échange d'informations concernant la personne en situation de handicap entre les intervenants associés à la recherche de solutions dans le cadre du PAG.

Prénom : .....

Nom : .....

et / ou organisme : .....

PÈRE  MÈRE  REPRÉSENTANT LÉGAL (rayez les mentions inutiles)

Prénom : .....

Prénom : .....

Nom : .....

Nom : .....

Atteste avoir pris connaissance du contenu de cette demande

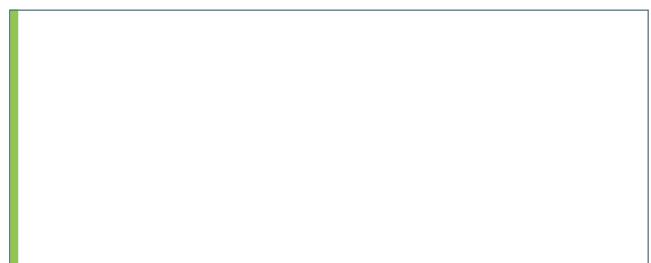
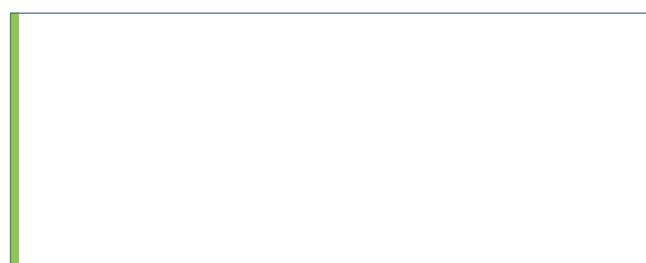
Autorise les professionnels de la MDPH et les partenaires associés à la recherche de solutions dans le cadre du PAG, à échanger les informations individuelles nécessaires au traitement de la situation par tous moyens.

Fait à : .....

Date : ..... / ..... / 20.....

**Signature :** De la personne concernée  
Ou de son représentant légal  
Ou des deux parents pour les mineurs

**Signature** du professionnel



\* Sous réserve de l'accord préalable de la personne handicapée ou de son représentant légal, l'équipe pluridisciplinaire peut échanger avec les professionnels intervenant dans l'accompagnement sanitaire et médico-social, en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles.

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Article L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal) La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.



## ANNEXE (FACULTATIF)

BESOINS EN MATIÈRE DE	BESOINS		BESOIN REPÉRÉS ET ÉVALUÉS		
	NON REPÉRÉS	NON ÉVALUÉS	NON COUVERTS	PARTIELLEMENT COUVERTS	COUVERTS
<b>Santé somatique ou psychique</b>					
Fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux					
Fonctions sensorielles					
Douleur					
Relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire					
Fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire					
Fonctions digestive, métabolique et endocrinienne					
Fonctions génito-urinaire et reproductive					
Fonctions locomotrices					
Relatifs à la peau et aux structures associées					
Pour entretenir et prendre soin de sa santé					
<b>Autonomie</b>					
En lien avec l'entretien personnel					
En lien avec les relations et les interactions avec autrui					
Pour la mobilité					
Pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité					
<b>Participation sociale</b>					
<b>Pour accéder aux droits et à la citoyenneté</b>					
<b>Pour vivre dans un logement</b>					
<b>Pour accomplir les activités domestiques</b>					
<b>Insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux</b>					
En lien avec la vie sociale et étudiante					
En lien avec le travail et l'emploi					
Apprentissages					
Vie familiale, parentalité, vie affective et sexuelle					
Apprendre à être pair-aidant					
<b>Participation à la vie sociale et déplacement avec moyen de transport</b>					
Participation à la vie sociale					
Déplacement avec un moyen de transport					
<b>Ressources et autosuffisance économique</b>					





## AVIS DE LA CELLULE D'ANALYSE ET D'ORIENTATION

### Réervé à la MDPH de la Marne

Date d'étude de la demande : ..... / ..... / 20.....

GOS à programmer :  Oui  Non

Si non, pour quels motifs : .....

Propositions / orientation : .....