

FICHE DE SAISINE PAG

Usager

INFO PRATIQUE :

Vous, ou l'un de vos proches êtes en situation de handicap.

Si vous rencontrez ou s'il 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 votre proche, vous trouvez sans solution d'accompagnement ou bien la prise en charge n'est plus adaptée aux besoins, vous ou votre proche pouvez faire la demande d'un Plan d'Accompagnement Global.

Date : / / 20.....

Nom – Prénom :

Date de naissance :

REPRÉSENTANT LÉGAL :

Parent 1 :

Prénom :

Nom :

Parent 2 :

Prénom :

Nom :

Domicile :

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

Tél : / / / /

Mail :

Numéro Classothèque (si connu) :

Quelles sont vos attentes ?

- Accompagnement, orientation vers / ou maintien dans un établissement ou service médico/social : IME, ITEP, foyer de vie...
 - Accompagnement pour votre famille ou votre proche aidant ...

Votre situation actuelle

Familiale :

.....

Scolaire et professionnelle :

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

Sanitaire, médicale et sociale :

(renseigner et joindre les suivis médicaux : renseignements médicaux, certificats médicaux, bilans réalisés... suivi et/ou soins en cours. Renseignements médico-sociaux : accompagnement et/ou accord par 1 établissement, une structure à temps plein, en consultation...)

Votre emploi du temps hebdomadaire :

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

Vos 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 :

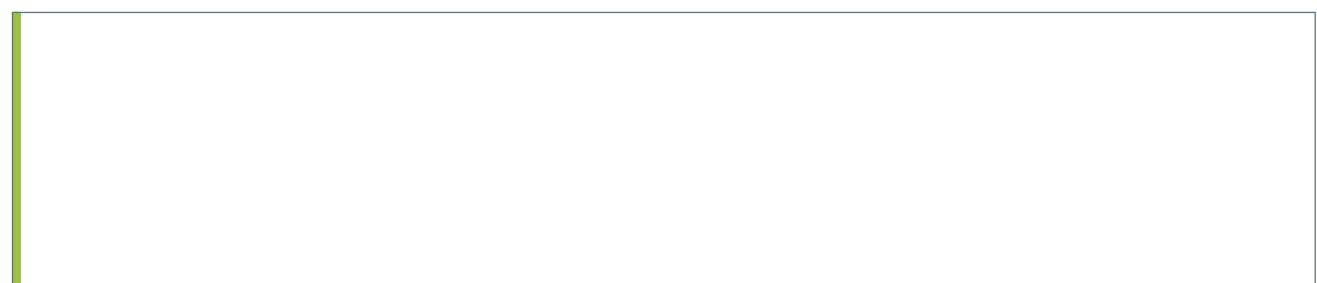
Atteste avoir pris connaissance du contenu de cette demande

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



* 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.



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 :