



**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX
en vue d'un séjour à la Maison ATHEOL**

Unité de vie pour adultes

CADRE RESERVE

Origine de la demande :

Date de la première rencontre:

Date de la première entrée :

Ce dossier est indispensable au traitement de l'admission.

Un dossier complet se compose de :

- de ce présent dossier de renseignements administratifs
- du règlement de fonctionnement signé
- du livret de vie
- du contrat de séjour
- de la fiche médicale « mes médicaments » (rempli par un médecin) + l'ordonnance
- d'éventuels comptes-rendus médicaux

Merci d'y joindre des photocopies :

- d'une pièce d'identité
- de l'attestation de sécurité sociale et de mutuelle
- de l'attestation d'assurance Responsabilité Civile
- du jugement rendu dans le cas d'une mesure de protection
- de la dernière notification de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) concernant l'orientation FAM – MAS – IME – ITEP
- de la dernière notification MDPH concernant l'orientation accueil temporaire

Afin de répondre au mieux à la demande, et pour des personnes déjà accompagnées par un service ou un établissement, un exposé de la situation peut être joint au présent dossier.

Le dossier complet est à renvoyer à l'adresse suivante :

**Maison ATHEOL
Rue des Olympiades
BP 10305
22403 Lamballe cedex**

Pour le remplir, n'hésitez pas à vous faire aider soit par une personne de votre entourage, soit par un service social. Nous sommes également à votre disposition pour des explications complémentaires, vous pouvez nous joindre au :

02 96 50 70 54

**Monsieur Sylvain Bernu, Directeur
Monsieur Christophe GUERREY, Chef de service**

ETAT CIVIL

Mr Mme Mlle
Nom : Prénom :
Nom de jeune fille :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Adresse :
CP : Ville :
Téléphone : Portable :
Adresse mail :

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale
 Séparé(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

Personnes ressources

Parents Enfant
Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
Téléphone : Portable :
Adresse mail :
Profession :
Coordonnées de la Caisse de Retraite :

Conjoint
Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
Téléphone : Portable :
Adresse mail :
Profession :
Coordonnées de la Caisse de Retraite :

Autres personnes ressources que nous pouvons éventuellement contacter

Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville :
Téléphone : Portable :
Adresse mail :

SECURITE SOCIALE

N° d'immatriculation de l'assuré :

Code Gestion :

Nom de l'assuré

Adresse de la caisse d'affiliation

.....

Profession de l'assuré :

IMPORTANT : en cas de changement d'assuré ou dès réception d'une nouvelle attestation CPAM, merci de nous en fournir une copie.

DECISIONS MDPH

(Maison départementale des personnes Handicapées)

N° dossier :

Département :

Orientation en cours

Foyer d'accueil médicalisé (FAM) Maison d'accueil spécialisé (MAS)

Foyer occupationnel Foyer d'hébergement

Autre orientation (préciser) :

De à (Dates)

AAH Durée : Obtenue le.....

PCH Durée.....

Autres éléments que vous souhaitez nous signaler:

.....

.....

.....

.....

RESSOURCES

Salaire Allocations ASSEDIC Indemnités journalières Invalidité

Allocation Adulte Handicapé (AAH) RMI Rente AT Aucune

Autre

SUIVI SOCIAL (par un service ou un établissement)

Nom de l'établissement :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

Professionnel référent dans l'établissement

Nom :

Fonction :

Téléphone (poste direct) :

Adresse mail :

Mesure de protection juridique en place : Oui Non

Si oui de quelle nature ?

- Tutelle Curatelle renforcée
- Curatelle simple Sauvegarde de justice
- Mesures d'Accompagnement Judiciaire (MAJ),
- Mesures d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP)

Autres partenaires ressources à contacter :

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

MEDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : Portable :

Adresse mail :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES / OBSERVATIONS

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

