

Formulaire de demande d'accompagnement par un établissement socio-éducatif pour personnes adultes en situation de handicap

Ne pas compléter ces champs svp !

n° personnel	
n° demande	

Ce document s'adresse aux personnes de plus de 16 ans domiciliées dans le Canton de Vaud qui présentent une déficience intellectuelle, physique ou sensorielle et qui souhaitent accéder aux prestations fournies par les établissements socio-éducatifs (ESE) pour personnes adultes en situation de handicap (à l'exception des établissements du domaine des dépendances et de la filière psychiatrique).

Il s'agit d'un document confidentiel à l'usage du Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) du Canton de Vaud, de l'Instance d'évaluation des besoins individuels (IEBI) de Pro Infirmis Vaud et de la Commission cantonale d'indication et de suivi (CIS).

La présente demande fera l'objet d'un examen préalable du SPAS afin de déterminer si elle concerne les prestations offertes par les ESE placés sous sa responsabilité.

Suite à ce premier examen, une information écrite vous sera adressée par le SPAS vous précisant la suite de la procédure :

- *transmission du dossier à l'IEBI pour l'analyse détaillée de vos besoins et attentes*
- *indication des instances susceptibles de répondre à votre demande dans la mesure où celle-ci ne correspond pas aux prestations des ESE concernés par le Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour personnes en situation de handicap (DCISH)*

Lorsqu'un projet d'accueil en ESE se concrétise, la section A « Renseignements administratifs » du présent formulaire peut être utilisée séparément pour transmettre au prestataire les informations nécessaires au dossier d'admission.

Nous vous remercions de bien vouloir renvoyer le formulaire complété à l'adresse suivante :

- Par courriel à dcish@vd.ch
- ou
- Par courrier à
Secrétariat DCISH
Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS)
BAP – Avenue des Casernes 2
1014 Lausanne

Nous reprendrons contact avec vous au plus vite pour vous renseigner à propos de la suite de votre demande.

Pour toute information concernant le formulaire et/ou le Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour personnes en situation de handicap (DCISH), vous pouvez contacter le secrétariat du DCISH aux adresses mentionnées ci-dessus ou par téléphone au : **+41 21 316 51 88**.

A. FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

A1. Données personnelles

Nom :	
Prénom(s) :	
Nom de jeune fille :	
N° AVS :	
Adresse complète :	Rue et n° :
	NPA et localité :
Domicile légal (si différent) :	Rue et n° :
	NPA et localité :
N° de téléphone :	Fixe : _____ Portable : _____
Sexe :	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Etat civil :	
Enfants :	Nombre : _____ <input type="checkbox"/> Garde <input type="checkbox"/> Droit de visite
Date de naissance :	
Nationalité :	
Type de permis (<i>cas échéant</i>) :	
Langue(s) parlée(s) :	
Lieu de vie actuel	<input type="checkbox"/> A domicile : seul-e <input type="checkbox"/> A domicile : en famille <input type="checkbox"/> En établissement socio-éducatif, spécifier lequel : _____ <input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____
	Hospitalisation en cours : <input type="checkbox"/> oui / non <input type="checkbox"/> Si oui : Nom de l'hôpital : _____ Date d'admission : _____ / Date de sortie prévue : _____ Motif de l'hospitalisation : _____
Activités de jour actuelles	<input type="checkbox"/> Ecole/formation, spécifier : _____ <input type="checkbox"/> Activité en entreprise (hors ESE) : activité : _____ employeur : _____ <input type="checkbox"/> Atelier protégé, spécifier : _____ <input type="checkbox"/> Centre de jour, spécifier : _____ <input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____ <input type="checkbox"/> Taux d'activité : _____ %

A2. Situation AI et déficiences

Prestations AI, PC :	AI ¹ : <input type="checkbox"/> oui, préciser le degré de rente : (1/4,1/2,3/4,1/1) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours
	API ² : <input type="checkbox"/> oui, préciser le degré d'impotence : (faible, moyen, grave) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours
PC : <input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non	
Personne présentant :	<input type="checkbox"/> une déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> une déficience physique <input type="checkbox"/> un polyhandicap (dès la naissance) <input type="checkbox"/> déficience sensorielle (vue, ouïe) : préciser :
	Autres déficiences ou problématiques associées : <input type="checkbox"/> troubles psychiques <input type="checkbox"/> addiction <input type="checkbox"/> lésions cérébrales (TCC/AVC/ maladie neuro-dégénérative...) <input type="checkbox"/> troubles du spectre de l'autisme <input type="checkbox"/> épilepsie <input type="checkbox"/> autre, préciser :
Commentaire/précisions :	

Merci de joindre à cette demande le(s) document(s) permettant de préciser la nature et/ou l'intensité de la ou des déficiences mentionnées ci-dessus (rapport/expertise médicale, etc.),

A3. Coordonnées du ou de la représentant-e légal-e

Mesure de protection :	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Curatelle de portée générale ³ <input type="checkbox"/> Tutelle pour mineur	Autre mesure (cumul possible) : <input type="checkbox"/> Curatelle d'accompagnement <input type="checkbox"/> Curatelle de représentation <input type="checkbox"/> Curatelle de gestion <input type="checkbox"/> Curatelle de coopération	
Nom et adresse du ou de la représentant-e légal-e (cas échéant) :	Joindre une copie de la décision de la justice de paix		
	Nom/prénom :		
	Rue et n° :		
	NPA et localité :		
Nom et adresse d'une personne de référence (proche), si différent du/de la représentant-e légal-e	Téléphone :		
	E-mail :		
	Nom/prénom :		
	Rue et n° :		
NPA et localité :		Téléphone :	
E-mail :			

¹ Rente de l'Assurance-invalidité.

² Allocation d'impotence.

³ Remplace la tutelle et les prolongations de l'autorité parentale dans le nouveau droit de protection de l'adulte

A4. Parents, autre personne de contact

Mère	Prénom/Nom:	
	Rue et n° :	
	NPA et localité :	
	Téléphone :	
	E-mail :	
Père	Prénom/Nom:	
	Rue et n° :	
	NPA et localité :	
	Téléphone :	
	E-mail :	
Conjoint-e	Prénom/Nom:	
	Rue et n° :	
	NPA et localité :	
	Téléphone :	
	E-mail :	
Autre personne de contact (frère, sœur, autre)	Prénom/Nom:	
	Rue et no :	
	NPA et localité :	
	Téléphone :	
	E-mail :	
	Lien (frère, sœur, ...)	

En cas de séparation ou de divorce des parents d'un enfant mineur, merci de joindre la décision judiciaire indiquant le ou les détenteurs de l'autorité parentale.

B. DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

B1. Accompagnement en établissement socio-éducatif souhaité

Cette partie est à compléter à titre indicatif. Elle n'engage ni le bénéficiaire et/ou son entourage, ni l'Etat de Vaud.

Souhaitez-vous accéder à une <u>prestation d'hébergement</u> fournie par un établissement socio-éducatif ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'idée définie		
		Prestation	Fréquence (nombre de jours/semaine)
	Si oui, quel <u>type</u> de prestation d'hébergement souhaitez-vous ?	<input type="checkbox"/> Résidence/foyer <input type="checkbox"/> Logement protégé (rattaché à un ESE) <input type="checkbox"/> Accompagnement à domicile ⁴ Autre prestation, spécifier : <input type="checkbox"/> Pas d'idée définie	.../7 jours .../7 jours .../7 jours .../7 jours -
	Durée du séjour souhaité	<input type="checkbox"/> Longue durée, dès le <input type="checkbox"/> Courte durée (maximum 30 jours) du au	
Commentaire/précisions :			
Souhaitez-vous accéder à une <u>prestation d'activité de jour</u> fournie par un établissement socio-éducatif ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Je souhaite continuer l'activité de jour dont je bénéficie déjà à depuis . <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'idée définie		
		Prestation	Fréquence (nombre de jours/semaine)
	Si oui, quel <u>type</u> de prestation d'activité de jour souhaitez-vous ?	<input type="checkbox"/> Centre de jour ⁵ <input type="checkbox"/> Atelier à vocation socialisante ⁶ <input type="checkbox"/> Atelier à vocation productive <input type="checkbox"/> Accompagnement en entreprise <input type="checkbox"/> Pas d'idée définie	.../7 jours .../7 jours .../7 jours .../7 jours -
	Date souhaitée pour accéder à la/aux prestations-s	<input type="checkbox"/> Date souhaitée : (mois et année) <input type="checkbox"/> Impossible à déterminer	
Commentaire/précisions :			
Dans quel <u>district du canton</u> souhaitez-vous obtenir la/les prestation(s) ?	<input type="checkbox"/> Aigle <input type="checkbox"/> Lavaux-Oron <input type="checkbox"/> Broye-Vully <input type="checkbox"/> Morges <input type="checkbox"/> Gros-de-Vaud <input type="checkbox"/> Nyon <input type="checkbox"/> Jura-Nord vaudois <input type="checkbox"/> Riviera-Pays-d'Enhaut <input type="checkbox"/> Lausanne et Ouest lausannois <input type="checkbox"/> Pas d'idée définie		
	<input type="checkbox"/> Autre (hors canton, etc.), spécifier :		
Avez-vous déjà pris <u>contact</u> avec un ou plusieurs établissements socio-éducatifs ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Si oui, lequel(s) ? Nom de ou des établissement(s) :		
	Commentaire/précisions :		

⁴ Logement supervisé

⁵ Animation, formation, activité thérapeutique,...

⁶ Atelier d'occupation

B2. Autres commentaires

Vous pouvez indiquer ici tout autre commentaire, observation ou motivation de la demande:

B3. Signature

Par votre signature, vous autorisez, cas échéant, le secrétariat du DCISH à transmettre la présente demande à l'Instance d'évaluation des besoins individuels (IEBI) de Pro Infirmis Vaud.

Personne qui a complété le formulaire :	<input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap <input type="checkbox"/> Représentant-e légal-e <input type="checkbox"/> Autre, dans ce cas préciser nom, prénom et fonction de la personne qui a rempli (ou aidé à remplir) le formulaire :
Lieu et date :	
Signature de la personne en situation de handicap (dans la mesure du possible)	
Signature du/de la représentant-e légal-e (obligatoire)	

Annexes :

<input type="checkbox"/>	documents précisant la nature de la déficience (cf. page 3)
<input type="checkbox"/>	décision de la justice de paix instaurant le représentant légal (cf. page 3)
<input type="checkbox"/>	en cas de séparation ou de divorce des parents d'un enfant mineur décision judiciaire indiquant le ou les détenteurs de l'autorité parentale (cf. page 4)