

COMPENSATION DU HANDICAP – NDICAP

N° de dossier MDPH

Accord pour Foyer Occupationnel OUI NON En cours

Date d'échéance

Accord pour Foyer d'Accueil Médicalisé OUI NON En cours

Date d'échéance

Allocation Adulte Handicapé OUI NON En cours

Date d'échéance

Adresse de la C.A.F.

Numéro d'allocataire

Carte d'invalidité OUI NON En cours

Date d'échéance

Taux d'invalidité

Prestation de compensation OUI NON En cours

Date d'échéance

AUTRES RESSOURCES, AIDES, RENTES**Etes-vous bénéficiaire d'une pension d'invalidité ?** OUI NON

Si OUI, précisez le nom et l'adresse de l'organisme

Numéro du dossier

Etes-vous bénéficiaire d'une autre aide ? OUI NON

Si OUI, précisez le nom et l'adresse de l'organisme

Numéro du dossier

PROTECTION JURIDIQUE**Mesure de protection juridique** (tutelle, curatelle)? OUI NON En cours

Si OUI, nature de la mesure de protection

Nom et adresse du représentant légal

..... 

Si la mesure est en cours, date du dépôt de la demande

Nom du Tribunal référent

Adresse du Tribunal

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEBERGEMENT (AIDE SOCIALE OU PAYANT)*(le bénéfice de l'aide sociale est subordonné à l'insuffisance de ressources du demandeur)***Une demande d'aide sociale doit-elle être sollicitée ?** OUI NONSi **NON**, indiquer les coordonnées de la personne qui s'engage à acquitter les frais de séjour (la facture sera adressée à la personne désignée ci-dessous)

Nom et Adresse

..... 

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Situation Familiale des Parents

Nom de la Mère Prénom.....
Date de Naissance Profession.....
 célibataire marié(e) veuf (ve) divorcé(e) Autres

Nom du Père Prénom.....
Date de Naissance Profession.....
 célibataire marié(e) veuf (ve) divorcé(e) Autres

Situation de la Fratrie

Nombre de frères
Nombre de sœurs.....
Observations
.....
.....
.....
.....

IDENTITE DU REFERENT

Cette personne sera systématiquement contactée par l'établissement pour toute question concernant la gestion administrative du dossier ; elle sera également informée de toute évolution significative de l'état de santé de la personne hébergée ou de tout changement dans les modalités de sa prise en charge.

Nom Prénom.....
Qualité (lien de parenté ou autre)
Adresse
.....
..... 

A Le.....

Signature du postulant

Signature du référent

Toute demande de placement est soumise à une commission d'admission qui examine le dossier selon des critères propres au Foyer Godet.

Critères d'admission :

- Le postulant devra être âgé de plus de 20 ans. Compte tenu du nombre limité de lits réservés aux adultes de plus de 60 ans, les admissions de personnes âgées de plus de 55 ans relèvent de l'exception
- Les résidents doivent être à même de participer aux activités proposées par la structure
- Une priorité sera réservée aux personnes relevant du département
- L'expression de la volonté du futur résident sera recherchée
- **Pour être examiné, le dossier de tout postulant devra impérativement comporter :**
 - Notification de l'accord écrit de la C.D.A.P.H pour un placement en foyer de vie ou en foyer d'accueil médicalisé
 - Dossier médical avec bilan psychiatrique (courrier adressé sous pli cacheté à l'attention du Médecin de la D.S.F.)
 - Dossier administratif
 - Dossier d'évaluation (habitudes de vie du postulant et grille de dépendance)
 - Anamnèse et historique familial
 - Demande écrite de la famille, du tuteur ou du futur résident

Avant son admission programmée, le postulant devra fournir au Service des Admissions des Maisonnées de Lumière du Centre Hospitalier des Sables d'Olonne (Poste 8715), les documents ci-dessous :

- Photocopie de votre livret de famille ou de votre carte nationale d'identité
- 4 photographies d'identité
- Photocopie de votre attestation d'ouverture de droits à l'assurance maladie
- Photocopie de votre carte mutuelle en cours de validité et justificatif de cotisations
- Photocopie, le cas échéant, de votre mesure de protection juridique (tutelle, curatelle)
- Photocopie, le cas échéant, de votre justificatif d'allocation de logement
- Photocopie, le cas échéant, de votre contrat obsèques
- Photocopie de votre attestation de responsabilité civile en cours de validité et le justificatif
- Photocopie de votre dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Photocopie de votre dernière déclaration fiscale
- Photocopie de vos déclarations annuelles de vos ressources (AAH, Pension d'Invalidité,...)
- Relevé des capitaux placés et photocopie de vos 3 derniers relevés de comptes bancaires
- Photocopie de chacun de vos justificatifs de charge
- Photocopie de la décision de la C.D.A.P.H. pour le placement en foyer occupationnel ou foyer médicalisé
- Photocopie de la décision de la C.D.A.P.H. pour l'attribution de l'allocation adulte handicapé
- Photocopie de la décision de la C.D.A.P.H. pour l'attribution de la carte d'invalidité
- Photocopie de la décision de la C.D.A.P.H. pour l'attribution de l'allocation compensatrice tierce personne
- Relevé d'identité bancaire ou postal

- Certificat de vaccinations :
 - DT Polio
 - B.C.G.
 - Hépatite B (recommandé mais non obligatoire)

- Autorisation de soins médicaux et hospitaliers

FOYER GEORGES GODET

Centre Hospitalier Côte de Lumière – Service des Admissions des Maisonnées de Lumière

75, Avenue d'Aquitaine - B.P. 10393 - 85108 Les Sables d'Olonne Cedex - Tél. 02 51 21 87 15 - Fax 02 51 21 87 17