

Qu'attendez-vous du SAVS (souhaits, attentes, besoins) ?

Il est possible de répondre plus longuement sur un papier libre



Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
du Bassin d'Arcachon

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Documents à joindre en complément de ce dossier dûment rempli :

☐ Copie recto/verso d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour)

☐ Copie de la Notification de votre orientation SAVS délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou récépissé du dépôt de dossier de demande d'orientation SAVS auprès de la MDPH (si vous êtes en attente de votre orientation).

☐ Copie du jugement du tribunal (si vous bénéficiez d'une mesure de protection)

☐ Données de l'autonomie complétées

☐ Une photo d'identité

VOTRE IDENTITE

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Date et lieu de naissance : Nationalité :

Adresse :

Tél. fixe : Portable :

Email :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Etes-vous couvert par la sécurité sociale : ☐ OUI ☐ NON

N° de sécurité sociale :

Avez-vous une complémentaire santé : ☐ OUI ☐ NON

Percevez-vous des allocations de la CAF ou de la MSA : ☐ OUI ☐ NON

GCSMS SAVS POLYVALENT du Bassin d'Arcachon
Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
ADAPEI-APF-IRSA-RENOVATION

SIRET 52765086500027
39 route des Lacs 33380 BIGANOS
Tél 05 57 70 70 16 – www.savspolyvalent-bassin-arcachon.fr

Votre situation actuelle

☐ à domicile

☐ en établissement de santé

Précisez :

☐ en établissement médico social

Précisez :

Comment avez-vous eu connaissance du service ?

☐ Famille - amis

☐ Mandataire judiciaire

☐ Assistante sociale

☐ Autre à préciser :

Date : **Signature du demandeur :**

Nom de la personne ayant renseigné le dossier si différent du demandeur :

Qualité de la personne :

N° de téléphone : **Email :**

Signature :

Si nous ne parvenons pas à vous joindre aux coordonnées figurant dans ce dossier, nous autorisez-vous à contacter une personne qui pourra entrer en contact avec vous ? Si oui, merci d'indiquer ses nom-prénom et coordonnées ci-dessous :

Dossier à retourner avec les copies demandées

➤ **Par courrier :** SAVS Polyvalent du Bassin d'Arcachon 39 route des Lacs 33380 BIGANOS

➤ **Par mail :** secretariat@savspoly-ba.com

Partie réservée au service :

Dossier reçu le **Dossier complet le**

Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.) :

N° de dossier MDPH :

N° Familial :

N° Individuel :

Percevez- vous l'AAH ? ☐ Non ☐ Oui, valable jusqu'au

Avez-vous une notification PCH ? ☐ Non ☐ Oui, valable jusqu'au

Avez-vous une carte d'invalidité ? ☐ Non ☐ Oui, valable jusqu'au

VOTRE SITUATION PERSONNELLE

☐ Vous vivez seul(e)

☐ Vous vivez en couple : ☐ vie maritale ☐ marié(e) ☐ pacsé(e)

☐ Avec enfant(s) précisez le nombre ☐ Sans enfant

VOTRE HEBERGEMENT

VOS DEPLACEMENTS

Vous habitez :

☐ En logement autonome

☐ En Colocation avec (précisez)

☐ Avec la Famille (précisez)

☐ En Famille d'accueil (précisez)

☐ Autre (précisez)

☐ A pied

☐ En Vélo

☐ En scooter

☐ En transport en commun

☐ En voiture

☐ En voiturette

Vous pouvez cocher plusieurs réponses

Souhaitez-vous mentionner des difficultés particulières ?

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

Précisez la nature de votre handicap principal

☐ intellectuel

☐ moteur

☐ multihandicap (précisez)

.....

☐ psychique

☐ sensoriel :

☐ autre (précisez)

☐ autisme

VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Vous êtes actuellement :

☐ Dans un établissement spécialisé : ☐ ESAT

☐ Autre

Précisez :

☐ Salarié(e) dans le milieu ordinaire

☐ Entreprise Adaptée

☐ Salarié(e) de droit privé

☐ Salarié(e) de la fonction publique

Précisez :

☐ Demandeur d'emploi

☐ Pôle emploi

☐ Cap emploi

☐ Sans activité professionnelle

☐ Inactif

☐ Inapte au travail

☐ Retraité(e)

☐ Autre :

VOTRE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Une mesure de protection est-elle en place :

☐ Oui

☐ Non

☐ demande en cours

Si oui, il s'agit d'une :

☐ Curatelle simple

☐ curatelle renforcée

☐ tutelle

☐ sauvegarde de justice

Nom de l'organisme :

Nom de votre représentant légal :

Lien de parenté :

Adresse :

Tél :

Email :

**Avez-vous des personnes qui peuvent vous aider ? Précisez
(Proche, amis, famille, voisin....)**

☐

☐

☐