

DOSSIER CANDIDATURE

Espoir 73 Dispositif Habitat et Vie Sociale

Pour quel(s) service(s) vous candidatez ?

Pour affiner votre choix, vous trouverez en page 2 une présentation des services afin d'affiner votre choix.

 Site d'Albertville

- Foyer de vie Le Chardon Bleu (FDV)
- Etablissement d'accueil médicalisé Le Chardon bleu (EAM)
- Dispositif d'inclusion sociale Le chardon Bleu (DIS)
- Service d'accueil de jour Le Chardon Bleu (SAJ)
- Habitat inclusif - Albertville
- Habitat inclusif - Moutiers
- Pole de compétence et de prestations externalisées situation complexe (PCPE)

 Site d'Aix les Bains

- Etablissement d'Accueil Non Médicalisé Denise Barnier (EANM)
- Etablissement d'accueil médicalisé Denise Barnier (EAM)
- Dispositif d'inclusion sociale résidence Denise Barnier (DIS)
- Residence sociale Les Glycines

Vous trouverez ci-dessous la liste des documents à fournir pour la constitution de votre dossier de candidature.

En page 2, vous trouverez la liste des documents à fournir

En page 3 et 4 vous avez un formulaire à remplir.

En page 5 vous avez un modèle de lettre de motivation.

GLOSSAIRE

- **FDV** : Foyer de Vie
- **EAM** : Etablissement d'Accueil Médicalisé
- **EANM** : Etablissement d'Accueil Non Médicalisé
- **DIS** : Dispositif d'Inclusion Sociale
- **SAJ** : Service Accueil de Jour
- **CMP** : Centre Médico Psychologique
- **SAVS** : Service Accompagnement à la Vie Sociale
- **PCPE** : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
- **MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PRESENTATION DES SERVICES

Foyer De Vie ou Etablissement d'Accueil Non Médicalisé : lieu de vie collectif proposant un accompagnement individualisé favorisant le maintien et le développement de votre autonomie.

Etablissement d'Accueil Médicalisé : lieu de vie collectif proposant un accompagnement individualisé soutenu favorisant ainsi le maintien et le développement de votre autonomie.

Résidence Sociale : espace de vie regroupant des logements individuels et un espace partagé en proposant un accompagnement social en vue d'une orientation vers le droit commun.

Habitat Inclusif : Logement de droit commun proposant un soutien social au travers de temps collectifs

Dispositif d'Inclusion Sociale : accompagnement social à partir du lieu de vie par des actions favorisant le maintien de vos compétences sociales dans votre environnement de vie.

Service d'Accueil de Jour : propose des activités de réhabilitations sociales, loisirs, culturelles, occupationnelles, sportives favorisant l'inclusion sociale.

Situations complexes : Le pôle de compétences et de prestations externalisées reçoit, analyse et accompagne les personnes en situation complexes en s'appuyant sur les différents partenaires du territoire.

Liste des documents à fournir :

- Une lettre présentant votre projet, vos attentes concernant notre service *modèle en page 5*.
- Notification MDPH valide
- Dossier médical et paramédical (*téléchargeable avec le dossier de candidature*) sous pli confidentiel, expliquant votre pathologie et ces répercussions. Réalisé par le médecin de votre choix. N'est pas nécessaire pour une candidature pour l'habitat inclusif.

Pour envoyer le dossier :

Site d'Albertville :

Le chardon Bleu
260, Chemin de la Charrette
73200 Albertville
pauline.gross@espoir73.fr

Site d'Aix les Bains :

Denise Barnier
80, Boulevard de la Roche du Roi
73100 Aix les Bains
catherina.ruta@espoir73.fr



FORMULAIRE PERSONNALISÉ

Civilité : Monsieur Madame

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : |__| |__| |____| **Situation familiale :**

Adresse complète :

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

Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Téléphone fixe :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : @

Lieu de vie actuel :

Réseau relationnel : (association, club sportif, amis, famille, collègues, voisins, usagers d'un service etc...) :

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

Réseau de santé :

Etes-vous en lien avec des professionnels de santé : Oui Non

Si oui lesquels :

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

Parcours : (travail/formation/stage/bénévolat, vos expériences) :

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



Avez-vous des aides extérieures : (CMP, Assistante Sociale, SAVS, ESPLOR, aide à domicile etc...)

Oui Non

Si oui lesquelles :

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

Avez-vous un mandataire judiciaire (curateur, tuteur)

Oui Non

Si oui quelles sont ses coordonnées.....

.....
.....

Mobilité : quels types de transport utilisez-vous ?

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

Centres d'intérêts :

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



LETTRE DE MOTIVATION

Vous trouverez ci-dessous une trame qui vous permettra d'élaborer votre lettre de motivation. Si vous souhaitez rajouter des éléments ou ne pas répondre à certaines questions vous en êtes totalement libre.

Quelles sont les grandes étapes de votre vie ? (Exemples : *mariage, hospitalisation, travail, enfants, réussites, difficultés ...*)

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

Comment occupez-vous vos journées ?

Quels sont vos rythmes de vie ? (Exemples : *réveil, repas, coucher ...*)

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



Pouvez-vous nous décrire votre situation actuelle ? (Exemples : *sentiment de bien-être, satisfaction de votre vie, financières, confort, ...*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont les personnes qui vous soutiennent dans votre vie ? (Exemples : *proche, aidant, professionnels aidants...*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Comment nos services peuvent répondre à vos besoins et attentes ?

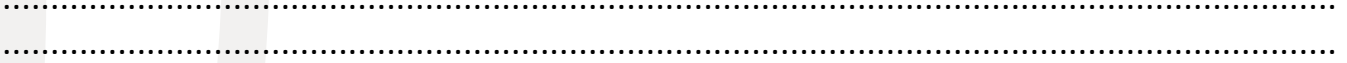
.....

.....

.....

.....





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

Est-ce que vous avez envie de venir dans nos services ?

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

Autres éléments que vous souhaitez apporter ?

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

Dans le cadre du processus d'admission, vous êtes informé(e) que l'association collecte les données personnelles vous concernant.

Vous êtes informé(e) que vous disposez auprès de l'association d'un droit d'accès et de rectification des données enregistrées conformément à la loi n°7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'aux dispositions prévues par le règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016.

Vos données personnelles sont conservées durant le temps nécessaire à la gestion de votre dossier et selon les obligations légales de conservation.

DOSSIER MÉDICAL ET PARAMÉDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

Nom : Prénom :

Médecin généraliste : Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : @

Médecin psychiatre : Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail : @

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

Diagnostic de la maladie psychique :

.....
.....

Date de début des troubles :

Dates des dernières hospitalisations :

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

Type de suivi psychiatrique actuel : *CMP, psychiatre libéral, médecin généraliste* :

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

Symptômes résiduels en période de stabilité :

Apathie, désinhibition, thymie dépressive, anxiété, troubles du comportement, perturbation du sommeil, idées délirantes, hallucinations, plaintes somatiques... : si oui, lesquels ?

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

Contre-indication à la prise de générique : si oui, lesquels ?

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

En cas d'accueil en Foyer de Vie : autonomie dans la gestion du traitement ? OUI NON

Traitements conseillés en « si besoin » : si oui, lesquels ?

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

Réactions allergiques à certains traitements ?

.....
.....

Contre-indications à certains traitements ? (*Syndrome malin...*)

.....
.....

Coordonnées du service à joindre en cas de nécessité :

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

Coordonnées de la famille ou de la personne de confiance à joindre en cas de nécessité :

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

ANTÉCÉDENTS SOMATIQUES

Médicaux et chirurgicaux, allergies, épilepsie,... :

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

PRÉCAUTIONS DANS LA VIE COURANTE

Personne qui n'a pas conscience du danger : si oui, lesquels ?

.....
.....

Risque de chute par difficulté physique ou autre ?

.....
.....

PRÉCAUTIONS ALIMENTAIRES

Risque de fausse route :

Oui Non

Régime particulier (sans porc, végétarien) :

Oui Non

Diabétique :

Oui Non

VIGILANCE PARTICULIÈRE

Comportements à risques

Oui Non

Si oui, lesquels ?

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