|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**  **Direction de l’accompagnement et de l’hébergement (DIRHEB)** |  | **DCISH** |
| **Dispositif Cantonal**  **d’Indication et de Suivi**  **pour personnes en**  **situation de Handicap** |

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

*Ne pas compléter ces champs svp !*

|  |  |
| --- | --- |
| *no personnel* |  |
| *no 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[[1]](#footnote-1)) pour personnes adultes en situation de handicap.

Il s’agit d’un document confidentiel à l’usage de la Direction de l’accompagnement et de l’hébergement (DIRHEB) 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 afin de déterminer si elle concerne les prestations offertes par les ESE placés sous la responsabilité de la DIRHEB.

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

* transmission du dossier à l’IEBI pour l’analyse détaillée de vos besoins et attentes ;
* transmission de l’autorisation de l’accès à des prestations délivrées par des ESE ;
* 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 **secretariat.dcish@proinfirmis.ch**   ou   * Par courrier à  **Pro Infirmis Vaud**   **Secrétariat DCISH Rue du Grand-Pont 2B**  **1003 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 58 775 34 35** |

## A. FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### A1. Données personnelles

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | | | | |
| Prénom(s) : |  | | | | |
| Nom de naissance : |  | | | | |
| Date de naissance : |  | | | | |
| No AVS : | 756.      .     . | | | | |
| Adresse complète : | Rue et no : |  | | | |
| NPA et localité : |  | | | |
| Domicile légal (si différent) : | Rue et no : |  | | | |
| NPA et localité : |  | | | |
| No de téléphone : | Fixe : | | | Portable : | |
| Genre : | Homme | | Femme | | Autre |
| Etat civil : | Célibataire  Marié.e  Divorcé.e  Séparé.e  Veuf-ve | | | | |
| Nationalité : |  | | | Type de permis : | |
| Enfants : | Nombre :        Garde  Droit de visite | | | | |

### A2. Lieu de vie et activité

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu de vie actuel | A domicile : seul.e  A domicile : en famille  En établissement socio-éducatif (ESE)  spécifier lequel :  Autre, spécifier : |
| Hospitalisation en cours : oui  / non  Si oui : nom de l’hôpital :  date d’admission :       / date de sortie prévue :  Motif de l’hospitalisation : |
| Activités de jour actuelles | Ecole/formation, spécifier :       Date de fin de scolarité :  Activité en entreprise (hors ESE) :  activité :  employeur :  Atelier à vocation socialisante ou productive :  Centre de jour, spécifier :  Autre, spécifier :  Taux d’activité :      % |

### A3. Parcours de vie (si possible)

|  |  |
| --- | --- |
| Parcours scolaire, formation(s) et / ou institutionnel |  |
| Parcours socio-professionnel et / ou professionnel |  |

### A4. Situation AI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prestations : | Rente AI[[2]](#footnote-2) : | oui  non  demande en cours  Si oui : préciser le degré de rente (1/4,1/2,3/4,1/1) : |
| API[[3]](#footnote-3) : | oui  non  demande en cours  Si oui, préciser le degré d’impotence (faible, moyen, grave) : |
| PC[[4]](#footnote-4) :  oui  non  demande en cours | |
| Commentaire/précisions : | |

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

### A5. Atteinte(s) à la santé

|  |  |
| --- | --- |
| Atteinte(s) à la santé principale(s) | une déficience intellectuelle  une déficience physique  un polyhandicap (dès la naissance)  déficience sensorielle (vue, ouïe) : préciser : |
| Problématique(s) associée(s) | troubles psychiques  addiction  lésions cérébrales (TCC/AVC/ maladie neuro-dégénérative...)  troubles du spectre de l’autisme  épilepsie  autre, préciser : |
| Commentaire/précisions : |

**Merci de joindre, s’il en existe une, la décision de la Justice de paix instaurant le/la représentant.e légal.e et en cas de séparation ou de divorce des parents d’un enfant mineur, la décision judiciaire indiquant le ou les détenteurs de l’autorité parentale.**

### A6. Mesure de protection et coordonnées du ou de la représentant.e légal.e

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mesure de protection : | Aucune  Demande en cours  Curatelle de portée générale[[5]](#footnote-5)  Tutelle pour mineur | | Autre mesure (cumul possible) :  Curatelle d’accompagnement  Curatelle de représentation  Curatelle de gestion  Curatelle de coopération |
| Nom et adresse du ou de la représentant.e légal.e : | NOM : | Prénom : | |
| Rue et n° : | NPA et localité : | |
| Téléphone : | E-mail : | |
| Nom et adresse du ou de la co-curateur-trice : | NOM : | Prénom : | |
| Rue et n° : | NPA et localité : | |
| Téléphone : | E-mail : | |

### A7. Parents, autre personne de contact

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parent.e 1 | NOM : | | Prénom : |
| Rue et n° : | | NPA et localité : |
| Téléphone : | | E-mail : |
| Parent.e 2 | NOM : | | Prénom : |
| Rue et n° : | | NPA et localité : |
| Téléphone : | | E-mail : |
| Conjoint.e | NOM : | | Prénom : |
| Rue et n° : | | NPA et localité : |
| Téléphone : | | E-mail : |
| Autre personne de contact (frère, sœur, autre) / personne ressource ou de référence | NOM : | | Prénom : |
| Rue et n° : | | NPA et localité : |
| Téléphone : | | E-mail : |
| Lien (frère, sœur, …) : |  | |

## B. DEMANDE D’ACCOMPAGNEMENT

### B1. Accompagnement en établissement socio-éducatif souhaité (ESE)

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

Souhaiteriez-vous accéder à une prestation d’**hébergement** fournie par un établissement socio-éducatif ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui  Non  En réflexion | | |
|  | Prestation | Fréquence |
| Si oui, quel type de prestation d’hébergement souhaiteriez-vous ? | Résidence/foyer  Logement protégé (rattaché à un ESE) | Temps partiel  1 à 3 nuit(s)  Temps plein  4 à 7 nuits  A définir |
| Durée du séjour souhaitée | Longue durée | Dès le  A définir |
| Courte durée  (maximum 30 jours par année) | du  au  30 jours compris entre le 01.01 et  le 31.12 de l’année : |
| Commentaire/précisions : | | |

Souhaiteriez-vous accéder à une prestation d’**accompagnement à domicile** fournie par un établissement socio-éducatif ?

|  |
| --- |
| Oui Non |
| Si oui :  Accompagnement à domicile en lien avec un ESE  RAHMO[[6]](#footnote-6) |
| *Cette prestation n’est pas compatible avec des demandes d’hébergement à temps plein.* |
| Commentaire/précisions : |

Souhaiteriez-vous accéder à une prestation d’**activité de jour** fournie par un établissement socio-éducatif ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui  Non | | |
|  | Prestation | Fréquence |
| Si oui, quel type de prestation d’activité de jour souhaiteriez-vous ? | Centre de jour  Atelier à vocation socialisante | / 5 jours        / 5 jours  Non définie |
| Date souhaitée pour accéder à la/aux prestation-s | Date souhaitée (mois et année) :  Non définie | |
| Commentaire/précisions : | | |

Nb : pour toute demande de prestation d’atelier productif, s’adresser directement à : [www.aeip.ch](http://www.aeip.ch)

Dans quel **district du canton** souhaiteriez-vous obtenir la/les prestation(s) ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aigle  Broye-Vully  Gros-de-Vaud  Jura-Nord vaudois | Lausanne et Ouest lausannois  Lavaux-Oron  Morges  Nyon | Riviera-Pays-d’Enhaut  Autre (hors canton, etc.), spécifier :  Non défini |

Avez-vous déjà pris **contact** avec un ou plusieurs établissements socio-éducatifs ?

|  |
| --- |
| Oui  Non  Si oui, lequel(s) ? Nom de ou des établissement(s) : |

### B2. Autres commentaires

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

|  |
| --- |
|  |

### B3. Documents à fournir obligatoirement pour le traitement de la demande

* **Documents médicaux[[7]](#footnote-7) attestant et précisant l’atteinte à la santé (*cf*. page 4)**
* **Décision de la justice de paix instaurant le/la représentant.e légal.e (*cf*. page 5)**
* **Décision de justice indiquant le ou les détenteurs/trices de l’autorité parentale (*cf*. page 5)**

***La demande d’accompagnement sera traitée uniquement avec l’ensemble des attestations devant faire partie de la présente demande. Merci de ne pas agrafer les documents.***

### B4. 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.

Lieu : Date :

Personne qui a complété le formulaire :

Personne concernée

Représentant.e légal.e

Autre : (nom, prénom et fonction de la personne qui a rempli ou aidé à remplir le formulaire :

**Signature de la personne concernée** (dans la mesure du possible) :

**Représentant légal :**

La signature des deux parents est obligatoire (sauf décision contraire de la Justice de Paix)

Signature parent.e 1 : Signature parent.e 2 :

Curateur.trice :

**Notice sur la protection des données**

Vous avez pris contact avec un service de Pro Infirmis ou son organisation partenaire Mosaik à Bâle-Campagne pour obtenir des informations, des conseils ou un appui. La présente notice vous explique brièvement les principes de Pro Infirmis et de son organisation partenaire en matière de protection des données. Vous trouverez des informations détaillées sur https://www.proinfirmis.ch/fr/protection-des-donnees.

**Vos données**

Les données que nous recevons de votre part (concernant la santé, les assurances, l'adresse ou les activités quotidiennes) sont utilisées par Pro Infirmis ou Mosaik. Vos données personnelles ne sont pas partagées avec des tiers. L'ensemble du personnel est soumis au devoir de discrétion.

S’il s’avère nécessaire de demander des renseignements à vos proches ou à d’autres personnes de référence, nous vous en informons à l’avance et sollicitons votre autorisation.

**Collaboration avec les autorités et les services spécialisés**

D’autres services de conseil social peuvent demander des aides financières à Pro Infirmis et à Mosaik pour leur clientèle. Afin que ces services agréés puissent vérifier si des demandes ont déjà été déposées pour vous, nous leur donnons accès à vos données de base (nom, prénom, sexe, date de naissance, adresse, coordonnées bancaires, demandes financières précédentes).

Si nous recevons des demandes des autorités ou de services spécialisés qui vous concernent, nous vous en informons.

**Droit de regard**

Vous avez le droit de consulter vos données en possession de Pro Infirmis et de Mosaik. Si vous avez des questions, veuillez vous adresser à la direction cantonale compétente ou à datenschutz@proinfirmis.ch.

**Correspondance par e-mail**

Si vous nous contactez par courrier électronique non crypté ou par messagerie instantanée, nous partons du principe que nous pouvons répondre à votre demande par le même moyen de communication. Si vous choisissez de communiquer avec nous par e-mail sans protéger vos données par cryptage, vous devez signer la déclaration de consentement ci-dessous.

*« Je souhaite communiquer avec Pro Infirmis par e-mail (non crypté) et recevoir des documents par e-mail. Je connais les risques liés à l'envoi de courriers électroniques, notamment le fait qu'ils puissent être consultés par des tiers non autorisés ».*

Cette déclaration peut être révoquée à tout moment par e-mail ou par courrier postal.

Nom du/de la cliente-e : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date, lieu : Signature client/cliente :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Liste des établissements socio-éducatifs :

   https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/handicap/liste-des-etablissements-socio-educatifs [↑](#footnote-ref-1)
2. Rente de l’Assurance-invalidité. [↑](#footnote-ref-2)
3. Allocation d’impotence. [↑](#footnote-ref-3)
4. Prestations complémentaires. [↑](#footnote-ref-4)
5. Remplace la tutelle et les prolongations de l’autorité parentale dans le nouveau droit de protection de l’adulte [↑](#footnote-ref-5)
6. Réseau d'Accompagnement en Milieu Ordinaire : https://rahmo.ch/ [↑](#footnote-ref-6)
7. Exemples de documents :

   Certificat médical ou rapport médical

   Diagnostic

   Evaluation neuropsychologique si existante

   Document médical de transmission (DMT) et / ou document médico-social de transmission (DMST)

   Selon la clarté des documents transmis, le Pôle handicap de la DIRHEB et le secrétariat du DCISH sont susceptibles de demander aux représentants légaux l’autorisation d’obtenir le rapport AI de la personne en situation de handicap.

   mars 2024 / chsa [↑](#footnote-ref-7)