

DOSSIER DE CANDIDATURE



**PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS ÉDUCATIFS/
PSYCHOLOGIQUES**

A.S.B.L “RÉSIDENCE LE CHÂTEAU ARC- EN-CIEL”

(DOSSIER CONFIDENTIEL)



« LA VIE EST COMME UN ARC-EN-CIEL :
IL FAUT DE LA PLUIE ET DU SOLEIL POUR EN
VOIR LES COULEURS... »

A. RAMAYA





PARTIE 1

1. Fiche d'identification du bénéficiaire

1.1. Renseignements administratifs

NOM :

PRÉNOM(S) :

Sexe :

Lieu et date de naissance :

Nationalité :

Adresse complète :

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

Lieu de vie actuel + téléphone :

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

Situation familiale :

Célibataire Divorcé(e) Enfants :

Marié(e) Veuf/veuve

Numéro de registre national / numéro de sécurité sociale :

.....

Numéro de carte d'identité/ Passeport :

Date de validité :

La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection ? **Oui** **Non**

Administrateur de biens Administrateur de la personne

Administrateur de biens et de la personne Curatelle Curatelle renforcée

Tutelle Autre :

Coordonnées complètes du représentant légal :

.....

Joindre une copie de la décision de justice.

PARTIE A – BÉNÉFICIAIRE DE NATIONALITÉ BELGE

Décision de principe auprès de l'AVIQ (ou de PHARE) : Oui Non

Numéro de dossier AVIQ :

Catégorie(s) / type de handicap reconnu :

Catégorie(s) de subventionnement :

Personne sous convention/ agrément nominatif(-ve) :

Date de décision :

Validité (si limitée) :

La personne bénéficie-t-elle d'une carte de stationnement PMR : Oui Non

Joindre la décision PHARE ou le document d'attribution d'une catégorie de handicap (AVIQ) lors de l'envoi du dossier.

Mutuelle :

Nom de la mutuelle :

Numéro d'affiliation :

Statut BIM / intervention majorée : Oui Non

PARTIE B – BÉNÉFICIAIRE DE NATIONALITÉ FRANÇAISEReconnaissance MDPH : Oui Non *Si oui :*

Département :

Numéro de dossier :

Date de décision :

Durée de validité :

Type d'orientation (FAM, MAS, FV, etc.) :

Si oui, date de validité :

Allocation Adulte Handicapé (AAH) : Oui Non

Si oui, date de validité :

Demande d'aide sociale auprès du département d'origine : Oui Non

Si oui, date de validité :

La personne bénéficie-t-elle d'une carte mobilité inclusion : Oui Non

Autres :

Mutuelle :

Nom de la mutuelle :

Carte Vitale : Oui Non

Numéro d'adhérent :

Joindre la décision MDPH/attestation AAH si possible.

1.2. La personne et sa famille

	NOM ET PRENOM	NÉ(E) LE, À :	ETAT CIVIL	PROFESSION	DÉCÉDÉ(E) LE
PÈRE					
MÈRE					
FRATRIE					

Nom et coordonnées de contact

Nom de la personne de contact :

Numéro de téléphone :

Adresse complète :

.....

Détaillez les relations de la personne avec sa famille (qualité des relations, fréquence des visites/retours s'il y en a ou non, fréquence des contacts téléphoniques, attentes de la famille, etc.) :

.....

Résidence le Château Arc-en-Ciel

15 Rue du Dr du Dr Coffé, 7110 Strepv-Bracquegnies (Belgique)
 064/22.29.35

1.3. La personne et son histoire

Établissements fréquentés :

DATE D'ENTRÉE	NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT	DATE DE SORTIE

Scolarité :

Niveau d'étude:.....

Type d'enseignement fréquenté :.....

Diplômes ou brevets :.....

Événements ayant marqué la personne au cours de sa vie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.4. Renseignements éducatifs et psychologiques

Nature de la pathologie ou du handicap (décrivez) :

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

La personne a-t-elle un retard mental ? Si oui, s'agit-il d'une déficience :

- Légère Modérée Sévère Profonde

Autonomie personnelle :

DÉPLACEMENTS

La personne est-elle avec un déambulateur ? OUI NON

La personne est-elle en fauteuil roulant ? OUI NON

Si oui, est-elle capable de se déplacer seule en fauteuil roulant ? OUI NON

Quel type de fauteuil possède-t-elle (électrique, coquille, adaptée,...) ?

.....

La personne a-t-elle des difficultés motrices ? Lesquelles ? Décrivez :

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

La personne se déplace-t-elle facilement :

A l'intérieur :

.....
.....

A l'extérieur :

.....
.....

La personne est-elle capable de parcourir de longues distances ? OUI NON

La personne a-t-elle besoin d'un accompagnement particulier ? Si oui, lequel ?

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

HYGIÈNE

La personne sait-elle faire sa toilette entièrement seule ? OUI NON

Si non, de quelle aide a-t-elle besoin (lavage, essuyage, etc.) ?

.....
.....

La personne sait-elle s'habiller et se déshabiller entièrement seule ? OUI NON

Si non, de quelle aide a-t-elle besoin ?

.....
.....

La personne est-elle incontinente ? OUI NON

Si non,

Diurne ? OUI NON

Nocturne ? OUI NON

De quel accompagnement a-t-elle besoin ?

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

ALIMENTAIRE

La personne mange-t-elle seule ? OUI NON

A-t-elle besoin de matériel particulier (couvert adapté, bords d'assiette,..)

.....
.....

Si la personne ne mange pas seule, de quel aide a-t-elle besoin ?

.....
.....

Quelles sont les attentions particulières à avoir concernant ses repas ? (nourriture mixée, régime particulier, allergies, fausses déglutitions, ...)

.....

Autres remarques particulières :

.....

COMMUNICATION ET SOCIALISATION :

Quel type de communication la personne utilise-t-elle ?

- Verbal (mots, phrases,...) décrivez :

.....

- Non verbale (mimiques, regards,....) décrivez :

.....

- Autres moyens de communication (ordinateur, pictogrammes, photos, langage des signes, synthèse vocale,...) décrivez :

.....

La personne cherche-t-elle le contact avec les autres et comment ?

- Avec le personnel :

.....

- Avec ses pairs :

.....

- Avec sa famille :

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

- Avec les étrangers :

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

La personne aime-t-elle la vie en groupe ? OUI NON

Détaillez :

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

La personne préfère-t-elle s'isoler ? OUI NON

Quels sont les comportements de la personne face à l'organisation de la vie en communauté ? (Horaire, limites,...) décrivez :

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

Quels sont ses comportements face à l'autorité ? décrivez :

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

La personne s'habitue-t-elle facilement aux personnes qu'elle ne connaît pas (nouvelle résidence) ? OUI NON

Y a-t-il des attentions particulières à avoir, lesquelles, décrivez :

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

HABITUDES ET COMPORTEMENTS

Traits de personnalité de la personne (ex : seuil de frustration, tolérance aux changements, qualités/défauts, etc.):

.....
.....

La personne a-t-elle des habitudes à respecter ? OUI NON

Si OUI, lesquelles ? décrivez :

.....
.....

La personne a-t-elle des troubles du comportement ? OUI NON

Si OUI, lesquels? **Détaillez et indiquez la fréquence.**

Agressivité physique :

Agressivité verbale :

Impulsivité :

Instabilité émotionnelle :

Automutilation (précisez) :

Stéréotypie (précisez) :

Isolement :

Balancement :

Cris intenses :

Troubles du sommeil :

Syndrome de Pica (avala tout ce qu'il/elle trouve) :

Hyperactivité :

Jeux scatologique (avec selles et urine) :

Potomanie (boire sans limites) :

Autre :

Quelles sont les attitudes éducatives qui favorisent au mieux l'épanouissement de la personne ?

.....
.....

D'après vous quelles sont les forces et les compétences de la personne ?

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

Sommeil :

Heure de lever habituelle :

Heure de coucher habituelle :

La personne est capable de se lever seule : OUI NON

La personne se lève-t-elle de la nuit : OUI NON

La personne a-t-elle besoin d'une surveillance particulière la nuit : OUI NON

La personne dort-elle sereinement ? y-a-t-il des rituels à respecter pour favoriser son sommeil ? décrivez :

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

Habitudes de vie :

Quelle somme d'argent de poche dispose la personne :

.....

Est-elle capable de gérer seule son argent de poche : OUI NON

Quelles sont ses habitudes d'achats :

.....

Est-ce que la personne fume ? OUI NON

Si oui, combien de cigarette par jour :

Gère-t-elle seule ses cigarettes ? OUI NON

LOISIRS, ACTIVITÉS ET BESOINS

Quelles sont les activités favorites de la personne ?

.....
.....

Pour quelles activités la personne montre le moins d'intérêt :

.....
.....

Quand la personne n'est pas en activité organisée, qu'aime-t-elle faire ?

.....
.....

La personne sait-elle s'occuper seule ? OUI NON

Si oui, comment :

Qualifieriez-vous la personne de « personne passive » ou de « personne demandeuse » ?

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

Quelles sont ses demandes et ses besoins affectifs ?

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

La personne a-t-elle des demandes d'ordres sexuels ? OUI NON

Si oui, décrivez :

.....
.....

Quelles réponses sont apportées actuellement ?

.....
.....

La personne présente des comportements socialement inadaptés ? OUI NON

Si oui, lesquels :

.....
.....

ACQUIS ET APTITUDES

Comment définissez-vous les aptitudes de la personne :

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

Quels sont les acquis de la personne (lecture, écriture, calculs, lecture de l'heure, utilisation du téléphone/tablette/ordinateur) :

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

La personne est-elle capable de se concentrer ? OUI NON AVEC AIDE

La personne est capable de faire face aux imprévus : OUI NON

Remarques :

.....
.....

Mémoire :

La personne évoque des faits récents : OUI NON

La personne évoque des faits anciens : OUI NON

Aucune évocation cohérente : OUI NON

Orientation temporelle :

La personne a une bonne orientation à court terme : OUI NON

La personne a une bonne orientation à long terme : OUI NON

La personne sait lire l'heure : OUI NON

La personne est désorientée dans le temps : OUI NON

Orientation spatiale :

La personne se repère dans un grand espace : OUI NON

La personne se repère dans un petit espace : OUI NON

La personne se repère que dans des espaces connus : OUI NON

La personne est capable de sortie seule en extérieur : OUI NON

La personne est désorientée : OUI NON

Indications supplémentaires intéressantes concernant l'accompagnement de la personne :

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

PAR RAPPORT À L'INSTITUTION

De quoi a le plus besoin la personne ?

.....
.....

Quelles sont vos attentes/ principales raisons qui motivent la demande ?

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

Que pense la personne de cette demande ? (Dans la mesure du possible, merci de retranscrire les paroles de la personne sans reformulation).

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

Que représente, pour les parents, le placement en institution ? Quelle conception en ont-ils ?

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

Remarques, précisions que vous souhaiteriez apporter :

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

PERSONNE(S) AYANT REMPLI CE DOCUMENT :

Nom(s) :

.....

Prénom(s) :

.....

Fonction (parent, psychologue, assistant social, infirmier, tuteur, etc.) :

.....

Établissement et adresse :

.....

.....

.....

Numéro de téléphone :

.....

Adresse e-mail :

.....

Date et signature