

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

SAMSAH

(Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)

Date de la demande :

ETAT CIVIL

Nom : Prénom :

Né(e) le : à : Pays :

Nationalité : Sexe : Téléphone :

Adresse :

Commune : Code Postal : Mail :

Situation de famille (cocher la case correspondante) :

Célibataire ☐ Marié(e) ou Pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐

ETAT CIVIL DU CONJOINT

Nom : Prénom :

Né(e) le : à : Pays :

Demeurant à

ENFANTS

Nom - Prénom	Né(e) le	Activité	Adresse-Téléphone
.....			
.....			
.....			
.....			

PARENTS

Nom et Prénom du Père : Date de Naissance :

Adresse : Tél. : Mail :

Profession : Employeur :

Nom et Prénom de la Mère : Date de Naissance :

Adresse : Tél. : Mail :

Profession : Employeur :

FRERES ET SOEURS

Nom - Prénom

Né(e) le

Activité

Adresse-Téléphone

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

ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS FRÉQUENTÉS

(IME, IMPRO, foyer, ESAT, Domicile, Centre de Rééducation, SSR, Hôpital...)

PERIODE	ORGANISME	TYPE D'ETABLISSEMENT	MOTIF DU DEPART

SITUATION ACTUELLE

☐ Domicile familial

☐ Milieu ordinaire

☐ Établissement de santé

☐ Établissement médico-social
(IME, IMPRO, ESAT ...)

☐ Inconnue

DATE D'ENTREE

.....

ADRESSE

.....

DOCUMENTS D'IDENTITE

N° Carte d'identité ou titre de séjour : Délivrée par :

le : Date de validité :

COUVERTURE SOCIALE

(cocher les cases correspondantes)

Bénéficiez-vous de la Sécurité Sociale : OUI ☐ NON ☐

Si oui, à quel titre ?

Assurance volontaire (ou personnelle) ☐ Salarié(e) ☐ Titulaire d'une pension d'invalidité ☐

Retraité(e) ☐ Ayant droit ☐

Autres cas : (commerçant, chômage...), veuillez préciser :

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale :

Numéro de Sécurité Sociale :

Nom de l'assuré(e) si le candidat est un ayant droit :

Lien de parenté :

Bénéficiez-vous d'une mutuelle : OUI ☐ NON ☐

Si oui, nom et adresse

Bénéficiez-vous de la CMU : OUI ☐ NON ☐

PRESTATIONS FAMILIALES

Percevez-vous l'une des prestations indiquées ci-dessous (cocher les cases correspondantes) :

Allocation aux Adultes Handicapés ☐ Allocations familiales ☐ APL / ALS ☐

Autres ☐ préciser :

Adresse de la Caisse d'Allocations Familiales :

Numéro d'allocataire :

SI VOUS PERCEVEZ UNE OU PLUSIEURS PENSIONS

NATURE (retraite, invalidité, ...)	NUMERO D'INSCRIPTION	ADRESSE de L'ORGANISME DEBITEUR

NOTIFICATION MDPH

(cocher les cases correspondantes)

☐ **SAMSAH** (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) Date d'échéance :

☐ Autres :

☐ Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ☐ Carte d'invalidité / CMI ☐ Autre.....

Demandes en cours :

PROTECTION JURIDIQUE

(cocher la case correspondante)

Curatelle simple ☐ Curatelle renforcée ☐ Curatelle aménagée ☐ Tutelle ☐ Mandataire ☐

Co-tutelle ☐ Co-curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ : Date du Jugement :

Mesure d'accompagnement social personnalisé ☐ Sans régime de protection ☐ En cours ☐

Nom et Adresse du représentant légal (le cas échéant):
.....

Téléphone : Mail :

Lien de parenté avec l'intéressé(e) :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Profession :

Lien de parenté :

PERSONNE FORMULANT LA DEMANDE

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Lien de parenté :

Fait à

Fait à

Le

Le

Signature de la personne pour laquelle
l'accompagnement est sollicité

Signature de la personne formulant la demande
(si différente de l'intéressé)