

Photo d’identité

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**MAISONS DU GRIM**

**de**

M. .................................................................................................................

***Vous souhaitez déposer un dossier pour : (plusieurs sélection possible)***

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ Hébergement permanent : La Pierre d’Orée  ☐ Hébergement permanent : Les 3 Galets  ☐ Hébergement permanent : Le Petit Caillou | ☐ Hébergement temporaire : La Pierre d’Orée  ☐ Hébergement temporaire : Les 3 Galets |

***Pour les personnes domiciliées hors du département du Rhône, seule les candidatures pour de l’hébergement temporaire seront étudiées***

Nom de la personne qui a rempli le dossier : ................................................................................................................

Fonction : .......................................................................................................................................................................

Nom et adresse du service : ..........................................................................................................................................

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

**Dossier à adresser à Madame ZORGANI Asmaa**, **Assistante de Service Social soit :**

* Par mail : [azorgani@grim69.org](mailto:azorgani@grim69.org)
* Par courrier :

***Foyer de Vie***

***La Pierre d’Orée***

***58 Chemin de Ravatel***

***69210 L’ARBRESLE***

***Tél : 04 37 46 11 79***

***Foyer de Vie***

***Les 3 galets***

***41 boulevard Pinel***

***69003 Lyon***

***Tél : 04 72 12 27 79***

***Foyer de Vie***

***Le Petit Caillou***

***20 rue des Pierres Plantées***

***69001 LYON***

***Tél : 04 72 10 17 90***

******

## Association Loi 1901

## SIRET 340 867 621 000 96

## Association Loi 1901

## SIRET 340 867 621 00252

|  |
| --- |
| Cadre réservé à l’Association Grim  Date de réception du dossier : ............................................. |

NOM : ........................................................ Prénom(s) : ............................................................................

NOM d’usage : ..............................................................................................................................................

NOM de Naissance : ………………………………………………………………………………………………..

Date et lieu de naissance :.............................................................................................................................

Nationalité :.....................................................................................................................................................

Situation de famille : ......................................................................................................................................

Nombre d’enfants : ........................ A charge : Oui ❑ Non ❑

▪ Actuellement, vous vivez :

❑ Appartement personnel ❑ Appartement thérapeutique ❑ Foyer

❑ Famille ❑ Hôpital ❑ Autre : ………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………

Code Postal : ............................................ Ville :........................................................................................

Téléphone : .................................................................................................................................................

▪ Adresse du domicile de secours***[[1]](#footnote-1)*** : **Information obligatoire** : .........................................................................

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

Si non connue cocher la case suivante : ❑ Adresse de secours non connue

▪ Quels sont les logements/établissements que vous avez occupés dans le passé (préciser les lieux et les

dates) ............................................................................................................................................................

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

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

Difficultés rencontrées dans le logement : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

▪ Personne à contacter en cas d’urgence : .......................................................................................................

Adresse : .........................................................................................................................................................

Téléphone : .....................................................................................................................................................

Mail : …………………………………………………………………………………………………………………….

▪ Dans le cas où la sortie du foyer serait nécessaire, vous disposez d’une solution d’hébergement ou d’accueil à l’adresse suivante :……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………...............

Cet accueil vous est garanti pendant une durée de : …………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX** | | | | | |
|  | Nom, Prénom | Age | Profession | Lieu de résidence | Etes-vous en relation ? |
| Père |  |  |  |  |  |
| Mère |  |  |  |  |  |
| Frères  et  Soeurs |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Autres Précisions |  |  |  |  |  |

**FORMATION**

▪ Vous avez suivi une scolarité :

❑ Ecole primaire ❑ Collège ❑ Lycée ❑ Enseignement supérieur

❑ Etablissement d'éducation spécialisée (IME, IMPRO, ITEP, ...)

Nom et adresse de l'établissement :

**EXPERIENCE PROFESSIONNELLE**

▪ Indiquez la date et le dernier emploi occupé :

**RESSOURCES**

(Indiquer les montants mensuels)

❑ Salaire : ...................................... ❑ Allocation Adulte Handicapé : .......................

❑ Indemnités Journalières (CPAM) : ..................... ❑ Pension d'invalidité : .....................................

❑ R.S.A. : ..................................... ❑ Autre : ................................................

**MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**

Vous bénéficiez d’une mesure de protection judiciaire : ❑ oui ❑ non

❑ Sauvegarde de justice ❑ Curatelle ❑ Curatelle Renforcée ❑ Tutelle ❑ Autre

Nom et adresse du mandataire judicaire :

.

Téléphone :............................................................................... Fax.:......................................................

Mail : ………………………………………………………………………………………………………………

Le gérant de la mesure a été informé du projet et a donné un avis favorable : ❑ oui ❑ non

Une demande de mesure de protection est en cours : ❑ oui ❑ non

Si oui, précisez l’adresse du Tribunal d’Instance où a été déposée la demande :

**CDAPH**

▪ Avez-vous un dossier à la CDAPH ? ❑ oui ❑ non N° Dossier : .............................

▪ Vous avez une orientation vers le Foyer de Vie du GRIM : ❑ oui ❑ non

Date de la notification : ................................ Durée : ..............................................................

▪ Une demande d’orientation CDAPH est en cours : ❑ oui ❑ non

Si oui, précisez l’adresse de la MDR où a été déposée la demande :

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

▪ La demande d’orientation CDAPH est à faire : ❑ oui ❑ non

Si oui, précisez qui fera le dossier : …………………………………………………………………………………….

▪ Vous avez une orientation vers un autre établissement : ❑ oui ❑ non

Si oui, joindre la notification CDAPH

**SUIVI MEDICAL**

**MEDECIN TRAITANT**

Nom du médecin traitant : ..........................................................................................................

Coordonnées :

Avez-vous un médecin référent enregistré à la CPAM ? : ❑ Oui ❑ non

Si oui, précisez son nom et ses coordonnées : .

**SUIVI PSYCHIATRIQUE**

Unité psychiatrique de référence [[2]](#footnote-2) : .

Sectorisation : ❑ St Cyr ❑ Vinatier ❑ St Jean de Dieu ❑ Autre :……………

Nom du secteur :

Psychiatre :

Infirmier(e) :

Assistant(e) social(e) :

Autres : ………………………………………………………………………………………………….

Unité psychiatrique qui adresse le candidat : ………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**SERVICE SOCIAL**

Coordonnées du (des) Service(s) :

Nom du (des) travailleur(s) social (aux)

**VIE QUOTIDIENNE**

▪ Vous pouvez vous déplacer :

Dans le Foyer   ❑ oui ❑ non ❑ seul ❑ avec un accompagnement

Dans un quartier ❑ oui ❑ non ❑ seul ❑ avec un accompagnement

Dans une ville ❑ oui ❑ non ❑ seul ❑ avec un accompagnement

▪ Vous pouvez vous déplacer en :

Bus ❑ oui ❑ non ❑ seul ❑ avec un accompagnement

Métro ❑ oui ❑ non ❑ seul ❑ avec un accompagnement

Train ❑ oui ❑ non ❑ seul ❑ avec un accompagnement

Vélo ❑ oui ❑ non ❑ seul ❑ avec un accompagnement

Véhicule personnel ❑ oui ❑ non ❑ seul ❑ avec un accompagnement

▪ Vous avez des difficultés pour marcher : ❑ oui ❑ non

▪ Utilisez-vous des aides techniques pour vous déplacer: ❑ oui ❑ non

Si oui, lesquelles : ❑ canne ❑ déambulateur ❑ fauteuil roulant

▪ Vous est-il arrivé de vous perdre ? ❑ oui ❑ non

▪ Activités cognitives :

Se faire comprendre par la parole ❑ oui ❑ non

Lire ❑ oui ❑ non

Ecrire ❑ oui ❑ non

Compter /Calculer ❑ oui ❑ non

Utiliser un téléphone ❑ oui ❑ non

Utiliser un ordinateur ❑ oui ❑ non

▪ Activité domestiques :

Le lever ❑ seul (e) ❑ stimulation ❑ aide

Préparer le repas ❑ seul (e) ❑ stimulation ❑ aide

Prendre un repas ❑ seul (e) ❑ stimulation ❑ aide

Le coucher ❑ seul (e) ❑ stimulation ❑ aide

L’habillage  ❑ seul (e) ❑ stimulation ❑ aide

La toilette ❑ seul (e) ❑ stimulation ❑ aide

L’entretien du linge  ❑ seul (e) ❑ stimulation ❑ aide ❑ non

Le ménage de la chambre  ❑ seul (e) ❑ stimulation ❑ aide ❑ non

La participation aux tâches collectives  ❑ seul (e) ❑ stimulation ❑ aide ❑ non

Faire des achats  ❑ seul (e) ❑ stimulation ❑ aide ❑ non

▪ Activités sociales, sportives, artistiques :

❑ Télévision ❑ Lecture ❑ Jeux Vidéo/informatique

❑ Activité artistique : ......................... ❑ Sports : .......................................................................

❑ Rencontres avec des amis ❑ Rencontres avec la famille

❑ Engagement dans une association : ..........................................................................................

❑ Autres : ......................................................................................................................................

▪Vous aimez les activités de groupe : ❑ Oui ❑ Non ❑ Parfois

▪ Vacances :

❑ En famille ❑ Village vacances ❑ Séjour spécialisé

❑ Autres :……………………….. ❑ Ne part pas ❑ Weekend :………………………

▪ Budget et administratif :

Pouvez-vous gérer un budget pour vos loisirs, vêture, etc.… ?

A la journée ❑ oui ❑ non

A la semaine ❑ oui ❑ non

Au mois ❑ oui ❑ non

Pouvez-vous remplir un document administratif ?

Seul ❑ oui ❑ non

Avec une aide ❑ oui ❑ non

▪ Capacité à respecter les règles de vie :

Toujours Pas toujours

Respect des lieux : ❑ ❑

Respect des Autres : ❑ ❑

Respect des consignes : ❑ ❑

Respect des horaires : ❑ ❑

▪Comportement :

Jamais Parfois Souvent

Tendances à l’isolement : ❑ ❑ ❑

Violence verbale : ❑ ❑ ❑

Violence physique envers les autres : ❑ ❑ ❑

Violence physique envers soi : ❑ ❑ ❑

Troubles du sommeil : ❑ ❑ ❑

Hyper réactivité (évènement, frustration…) : ❑ ❑ ❑

Fugue : ❑ ❑ ❑

Conduites à risque, (précisez :………………….) ❑ ❑ ❑

Capacité à demander de l’aide : ❑ ❑ ❑

Capacité à se protéger des autres  ❑ ❑ ❑

Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? ❑ oui ❑ non

Précisez la date : ………………………………..

▪ Conduites addictives : ❑ Alcool ❑Tabac ❑Cannabis ❑Toxique ❑Autre(s) : …………….

▪ Alimentation :

Boulimie ❑ oui ❑ non

Anorexie ❑ oui ❑ non

Sujet aux fausses routes ❑ oui ❑ non

Régime alimentaire spécifique ❑ oui ❑ non

**OBSERVATIONS PARTICULIERES**

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Joindre à ce dossier :**

❑ Une lettre du demandeur précisant les raisons qui motivent sa candidature.

❑ Un rapport médico-social du service de soins ou du psychiatre, synthétisant la situation

et présentant l’intérêt du projet pour le candidat,

❑ Une notification CDAPH d'orientation vers le Foyer de Vie du GRIM,

❑ Les éléments médicaux (page 9 à 13) à transmettre sous pli confidentiel,

❑ Copie carte d’identité,

❑ Copie attestation de droits sécurité sociale ou autres

❑ Copie du Jugement de mesure de protection judiciaire le cas échéant

**ELEMENTS MEDICAUX**

Ces informations sont données par le médecin psychiatre référent.

Des documents sont à joindre au dossier de candidature sous pli confidentiel, à l’attention dumédecin psychiatre de la commission d’admission du Foyer de vie Les Trois Galets.

Documents à joindre :

▪ Un bilan psychologique

▪ Un bilan actualisé des affections somatiques

▪ L’engagement écrit (certificat en page 12 du dossier de candidature) de la collaboration

durant le séjour ou en fin de séjour, et du repli hospitalier en cas de décompensation

▪ Une copie de la dernière ordonnance

Nom et prénom du candidat :…………………………………………………………………………………………………

Date de naissance : ……………………………………………………………………………………………………………

**Sectorisation** :

🞎 Saint-Cyr au Mont d’Or 🞎 Saint-Jean-de-Dieu

🞎 Vinatier 🞎 Autre

Nom et coordonnées du secteur :..…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Nature et fréquence de l’actuel suivi psychiatrique**

🞎Consultations à l’Hôpital (fréquences) :…………………………………………………………………………

🞎 CMP *(fréquence des consultations)* :…………………………………………………………………………

🞎 CATTP :…………………………………………………………………………………………………………

🞎 Hôpital de jour :…………………………………………………………………………………………………

🞎 Suivi psychologique :…………………………………………………………………………………………..

Précisez les noms et coordonnées :

▪ Psychiatre référent : …………………………………. …………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………….

▪ Infirmier référent : …………………………………. …………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………….

▪ Assistante sociale *: ……………………………………* ……………………………………………………........

……………………………………………………………………………………………………………………

Diagnostic principal psychiatrique: ……………………………CIM 10 : ……………………………………………………..

Diagnostic de personnalité associé : ……………………………………………………………………………………….

Début apparent des troubles : …...……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Date de la première décompensation : ..……………………………………………………………………………………

Histoire détaillée de la maladie et des hospitalisations *:* dates, motifs, compte rendus, nombres d’hospitalisations sous contraintes :

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Traitement actuel et degré d’observance du traitement**

▪ Adhésion à la prise en charge thérapeutique : ❑ Oui ❑ Non

▪ Prise du traitement : ❑ Seul ❑ Aide infirmier ❑ Injection retard

▪ Date de la dernière hospitalisation en psychiatrie :

Lieu de l’hospitalisation : ………………………………………………………………………………

Durée de l’hospitalisation : ……………………………………………………………………………

Précisez s’il existe :

❑ Des troubles somatiques associés : ………………………………………………………………………….

❑ Un handicap moteur ou sensoriel : ………………………………………………………………………………...

❑ Une déficience intellectuelle : ………………………………………………………………………………………

❑ Une dépendance actuelle aux toxiques ou alcool : ………………………………………………………………

Des antécédents de :

❑ Dépendance ou abus de toxiques ou alcool: ……………………………………………………………………...…

❑ Passage à l’acte auto ou hétéro agressif : …………………………………………..……

❑ Passage à l’acte à caractère sexuel : exhibition, abus,…………………………………………………………..

Date du dernier épisode : ……………………………………………………………………………………………….

❑ Fugue ou errance : …………… date du dernier épisode : …………………………………………………………..

❑ Passage à l’acte suicidaire : …………………………………………………………………………………………… Date du dernier passage à l’acte : …………………………………………………………..

❑ Antécédents de Pyromanie : ……………………………date du dernier évènement : …………….

Séjour en : ❑ USIP ❑ UMD ❑Prison  Date du dernier séjour :……………………………………..

Autres troubles actuels :

🞎 Désorientation spatio-temporelle 🞎 Anorexie-boulimie

🞎 Auto mutilation 🞎 Désinhibition

🞎 Déambulation ou agitation psychomotrice 🞎 Potomanie

🞎 Insomnie 🞎 Incurie

🞎 Impulsivité/intolérance à la frustration 🞎 Kleptomanie

🞎 Phobie : …………………… 🞎 Repli, apragmatisme

🞎 Syndrôme d’accumulation et/ou Diogène 🞎 Délire chronique

🞎 Hallucination résistance 🞎 Autre ……………….

**Renseignements complémentaires** *(régime alimentaire, épilepsie, suivi médical ou infirmier particulier, antécédents somatiques importants, carnet de vaccination)* :

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**CERTIFICAT**

*Je soussigné(e) Docteur……………………………………., médecin psychiatre des hôpitaux, représentant le Pôle sectoriel :……………………………… m’engage à :*

*⮚ reprendre en hospitalisation de M………………………………………… .si cela était nécessaire du fait de sa pathologie,*

*⮚ reprendre en charge définitivement, si l’orientation dans le foyer « Les 3 Galets » n’était plus adaptée, et après information motivée*

*Fait à……………………………………*

*Le……………………………………….*

1. Article 122-2 du CASF : « *Nonobstant les dispositions des articles 102 à 111 du code civil, le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation, sauf pour les personnes admises dans des établissements sanitaires ou sociaux, ou accueillies habituellement, à titre onéreux ou au titre de l'aide sociale au domicile d'un particulier agréé ou faisant l'objet d'un placement familial en application des articles* [*L. 441-1*](http://droit-finances.commentcamarche.net/legifrance/8-code-de-l-action-sociale-et-des-familles/20746/article-l441-1)*,* [*L. 442-1*](http://droit-finances.commentcamarche.net/legifrance/8-code-de-l-action-sociale-et-des-familles/20752/article-l442-1) *et* [*L. 442-3*](http://droit-finances.commentcamarche.net/legifrance/8-code-de-l-action-sociale-et-des-familles/20754/article-l442-3)*, qui conservent le domicile de secours qu'elles avaient acquis avant leur entrée dans l'établissement et avant le début de leur séjour chez un particulier. Le séjour dans ces établissements ou au domicile d'un particulier agréé ou dans un placement familial est sans effet sur le domicile de secours*. »

   Les dossiers de candidature des personnes dont le ***domicile de secours*** est situé en dehors du département du Rhône seront étudiés avec l'attention que nous accordons à toutes les demandes que nous recevons. Néanmoins, une décision d'entrée au Foyer de Vie du GRIM ne pourra se concrétiser qu'après accord du Conseil Général du domicile de secours d'assurer le règlement du prix de journée de notre établissement durant toute la durée du séjour. [↑](#footnote-ref-1)
2. Il s’agit du service qui assure le suivi des consultations, qui connaît bien le résident et qui sera en mesure d’apporter un soutien au Foyer en cas de difficulté ; [↑](#footnote-ref-2)