Entraide et Soutien
Aux Personnes Handicapées
à domicile

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
A L'A.F.A.S.T. – E.S.A.P.H.
POUR PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES

Réservé au service :

Date de réception de la demande :

Date de la réponse : Attente ☐ Abandon ☐

Date d'admission :

Siège social
3, allée Geneviève Pépin 54300 Lunéville Tél 03 83 74 11 30
contact@esaph.fr – http://www.esaph.fr - www.facebook.com/ESAPH54/
Agrément N° SAP/513270470 - L'association ESAPH est adhérente à la fédération Adédom

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée dans le dispositif A.F.A.S.T.-E.S.A.P.H., doit adresser un dossier au siège ou à la résidence de son choix.

Ce dossier comprend :

- ✓ Un volet administratif renseigné avec la personne concernée et toute personne habilitée pour le faire (représentant légal, famille, travailleur social…) ;
- ✓ **Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas admission.**

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes :

- Diverses notifications d'attribution AAH, RQTH, décision de tutelle, PCH
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition de la personne en cas de déclaration individuelle
- Les justificatifs de revenus déclarés à la CAF

Au moment de l'entrée dans le logement, un certain nombre de pièces justificatives complémentaires vous sera demandé.

NB : Pour tout renseignement complémentaire, il convient de contacter :

La Caisse d'Allocation Familiale pour l'Aide Personnalisée au Logement : 21 rue St Lambert à 54000 NANCY.
☏ : 08.10.25.54.10
La Maison Départementale des Personnes Handicapées pour l'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap :
123 rue Ernest Albert, CS 31030 à 54520 LAXOU.
☏ : 03.83.97.44.20

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Madame ☐ Monsieur ☐

Nom de famille :
(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s) :

Date de naissance : ____/____/19….

Lieu de naissance : _____ Pays _____

N° de Sécurité Sociale : __/____/____/____/_____/_____/ /____/

Adresse

N° : ____

Voie : _____

Code postal : /_____/ Ville : _____

Téléphone fixe : /___/___/___/___/___/ Téléphone mobile : /___/___/___/___/___/

Adresse email : _____

Situation familiale

Célibataire ☐ Vit maritalement ☐

Nombre d'enfant (s) _____

Mesure de protection juridique Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Si oui, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐

Nom et coordonnées du médecin traitant :

_____

_____

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE DE CONFIANCE OU DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Madame ☐ Monsieur ☐

Nom de famille :
(si service nom et tampon)

Prénom(s) :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée : _____
(Service social, tutelle, réseau)

Date de naissance de la parenté : ____/____/19….

Adresse

N° : ____

Voie : _____

Code postal : /_____/ Ville : _____

Téléphone fixe : /___/___/___/___/___/ Téléphone mobile : /___/___/___/___/___/

Adresse email : _____

DEMANDE

Type de logement accompagné recherché, soit :
En résidence ☐ En petites unités ☐
Accueil couple souhaité : Oui ☐ Non ☐

Raisons de la demande :

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Au domicile des parents ☐ En foyer d'hébergement ☐ En appartement ☐

Préciser, IME, ESAT… : _____

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service

_____

La personne concernée est-elle informée de la demande ? Oui ☐ Non ☐
Dans le cas où la personne ne remplit pas elle-même le document,
le consentement éclairé est-il recueilli? Oui ☐ Non ☐

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de location et d'accompagnement ? Seule ☐ Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers ☐

Allocation logement (APL) Oui ☐ Non ☐

Prestation de compensation du handicap : Oui ☐
Non ☐ *(si non)* Demande en cours envisagée ☐

AAH : Oui ☐ Non ☐

N° d'allocataire CAF : _____

Complément de revenu : Oui ☐ Non ☐
*(préciser ex salaire ESAT…)*_____

COMMENTAIRES EVENTUELS

Date d'entrée souhaitée : Immédiate ☐ Dans les 6 mois ☐ Echéance plus lointaine ☐

Date de la demande : ____/____/____

Signature de la personne concernée et/ou de son représentant légal

La loi n°78-14 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.