

Dispositif Cantonal d’Indication et de Suivi pour personnes en situation de handicap (DCIS-H) - Instance d’Evaluation des Besoins Individuels (IEBI)

**Formulaire de suivi : évaluation de l’adéquation entre les besoins et attentes de la personne en situation de handicap et les prestations reçues**

**A l’attention de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**

*Note : ce bilan de satisfaction est basé sur l’évaluation complète des besoins individuels de la personne.*

N° de demande DGCS :

Rapport d’évaluation validé par la CIS le :

Date d’entrée en ESE (ratification DGCS) :

Evaluation n° :

**Profil de la personne**

Date de naissance :

District :

Sexe :

**Type de déficience**

**Ressources financières**

**Mesure de protection**

**Circonstances de la réévaluation**

*Bilan selon procédure standard (une année après évaluation) ou demande particulière et, dans ce cas, de la part de qui ? Date et lieu du bilan ; participant(s) au bilan ; éventuelles autres informations relatives aux circonstances de la réévaluation.*

**Synthèse du rapport d’indication**

Besoin d’accompagnement socio-éducatif identifié :

Axes (objectifs) de l’accompagnement socio-éducatif indiqués :

Eventuelles spécificités de l’accompagnement :

Thérapies suggérées :

Souhaits de la personne ou de son entourage :

Proposition de prestations d'hébergement et d'activité de jour retenue :

**Réalisation de l'indication retenue**

*Présentation des prestations actuelles en les mettant en perspective avec la proposition de prestations (hébergement et activité de jour) retenue. Indiquer également le type d'accompagnement, ses éventuelles spécificités, les thérapies, etc.*

**Bilan de satisfaction du bénéficiaire**

*Description de l'appréciation des prestations reçues au sein de l'ESE en les mettant en perspective avec une éventuelle amélioration/régression des capacités de la personne. Indiquer les éventuels ajustements souhaités.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> satisfait                 | <input type="checkbox"/> partiellement satisfait |
| <input type="checkbox"/> partiellement insatisfait | <input type="checkbox"/> insatisfait             |

**Prestations reçues - Bilan de satisfaction de l'entourage / du représentant légal**

*Description de l'appréciation des prestations reçues au sein de l'ESE en les mettant en perspective avec une éventuelle amélioration/régression des capacités de la personne. Indiquer les éventuels ajustements souhaités.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> satisfait                 | <input type="checkbox"/> partiellement satisfait |
| <input type="checkbox"/> partiellement insatisfait | <input type="checkbox"/> insatisfait             |

**Point de vue de l'ESE concerné**

**Point de vue d'autres professionnels**

*Médecins, thérapeutes, ...*

**Conclusions**

**Propositions**

*Si satisfaction totale le souligner ; en cas d'insatisfaction ou de satisfaction partielle indiquer les mesures proposées/améliorations possibles (au niveau de l'hébergement, de l'accompagnement et des activités de jour) et le(s) délai(s) de leur réalisation. En cas de changement de prestations et/ou de prestataire, n'oubliez pas de demander la validation à la CIS.*

**Date du prochain bilan de satisfaction**

*Si un bilan supplémentaire est estimé nécessaire.*

Fait le