canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Direction de l'accompagnement et de l'hébergement (DIRHEB)

pro infirmis

Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi pour personnes en situation de Handicap

DCISH

Formulaire de demande d'accompagnement par un établissement socio-éducatif pour personnes adultes en situation de handicap

Ne pas compléter ces champs svp !

n° personnel	
n° demande	

Ce document s'adresse aux personnes de plus de 16 ans domiciliées dans le Canton de Vaud qui présentent une déficience intellectuelle, physique ou sensorielle et qui souhaitent accéder aux prestations fournies par les établissements socio-éducatifs (ESE[1]) pour personnes adultes en situation de handicap.

Il s'agit d'un document confidentiel à l'usage de la Direction de l'accompagnement et de l'hébergement (DIRHEB) du Canton de Vaud, de l'Instance d'évaluation des besoins individuels (IEBI) de Pro Infirmis Vaud et de la Commission cantonale d'indication et de suivi (CIS).

La présente demande fera l'objet d'un examen préalable afin de déterminer si elle concerne les prestations offertes par les ESE placés sous la responsabilité de la DIRHEB.
Suite à ce premier examen, une information écrite vous sera adressée par le secrétariat du DCISH vous précisant la suite de la procédure :

- transmission du dossier à l'IEBI pour l'analyse détaillée de vos besoins et attentes ;
- transmission de l'autorisation de l'accès à des prestations délivrées par des ESE ;
- indication des instances susceptibles de répondre à votre demande dans la mesure où celle-ci ne correspond pas aux prestations des ESE concernés par le Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour personnes en situation de handicap (DCISH).

Lorsqu'un projet d'accueil en ESE se concrétise, la section A « Renseignements administratifs » du présent formulaire peut être utilisée séparément pour transmettre au prestataire les informations nécessaires au dossier d'admission.

Nous vous remercions de bien vouloir renvoyer le formulaire complété à l'adresse suivante :

- Par courriel à **secretariat.dcish@proinfirmis.ch**

ou

- Par courrier à
  Pro Infirmis Vaud
  Secrétariat DCISH
  Rue du Grand-Pont 2B
  1003 Lausanne

Nous reprendrons contact avec vous au plus vite pour vous renseigner à propos de la suite de votre demande.

Pour toute information concernant le formulaire et/ou le Dispositif cantonal d'indication et de suivi pour personnes en situation de handicap (DCISH), vous pouvez contacter le secrétariat du DCISH aux adresses mentionnées ci-dessus ou par téléphone au : **+41 58 775 34 35**

[1] Liste des établissements socio-éducatifs :
https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/handicap/liste-des-etablissements-socio-educatifs

A. FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

A1. Données personnelles

Nom :			
Prénom(s) :			
Nom de naissance :			
Date de naissance :			
N° AVS :	756. . .		
Adresse complète :	Rue et n° :		
	NPA et localité :		
Domicile légal (si différent) :	Rue et n° :		
	NPA et localité :		
N° de téléphone :	Fixe :	Portable :	
Genre :	☐ Homme	☐ Femme	☐ Autre
Etat civil :	☐ Célibataire ☐ Marié.e ☐ Divorcé.e ☐ Séparé.e ☐ Veuf-ve		
Nationalité :		Type de permis :	
Enfants :	Nombre : ☐ Garde ☐ Droit de visite		

A2. Lieu de vie et activité

Lieu de vie actuel	☐ A domicile : seul.e ☐ A domicile : en famille ☐ En établissement socio-éducatif (ESE) spécifier lequel : ☐ Autre, spécifier :
	Hospitalisation en cours : oui ☐ / non ☐ Si oui : nom de l'hôpital : date d'admission : / date de sortie prévue : Motif de l'hospitalisation :

Activités de jour actuelles	☐ Ecole/formation, spécifier : Date de fin de scolarité : ☐ Activité en entreprise (hors ESE) : activité : employeur : ☐ Atelier à vocation socialisante ou productive : ☐ Centre de jour, spécifier : ☐ Autre, spécifier : ☐ Taux d'activité : %

A3. Parcours de vie (si possible)

Parcours scolaire, formation(s) et / ou institutionnel	.....
Parcours socio-professionnel et / ou professionnel	.....

A4. Situation AI

Prestations :	Rente AI[2] : ☐ oui ☐ non ☐ demande en cours Si oui : préciser le degré de rente (1/4,1/2,3/4,1/1) :
	API[3] : ☐ oui ☐ non ☐ demande en cours Si oui, préciser le degré d'impotence (faible, moyen, grave) :
	PC[4] : ☐ oui ☐ non ☐ demande en cours
	Commentaire/précisions :

Merci de joindre à cette demande le(s) document(s) attestant et permettant de préciser la nature et/ou l'intensité de la ou des déficience-s mentionnées ci-dessus (rapport/expertise médicale, etc.)

A5. Atteinte(s) à la santé

Atteinte(s) à la santé principale(s)	☐ une déficience intellectuelle ☐ une déficience physique ☐ un polyhandicap (dès la naissance) ☐ déficience sensorielle (vue, ouïe) : préciser :
Problématique(s) associée(s)	☐ troubles psychiques ☐ addiction ☐ lésions cérébrales (TCC/AVC/ maladie neuro-dégénérative...) ☐ troubles du spectre de l'autisme ☐ épilepsie ☐ autre, préciser :
	Commentaire/précisions :

[2] Rente de l'Assurance-invalidité.
[3] Allocation d'impotence.
[4] Prestations complémentaires.

Merci de joindre, s'il en existe une, la décision de la Justice de paix instaurant le/la représentant.e légal.e et en cas de séparation ou de divorce des parents d'un enfant mineur, la décision judiciaire indiquant le ou les détenteurs de l'autorité parentale.

A6. Mesure de protection et coordonnées du ou de la représentant.e légal.e

Mesure de protection :	☐ Aucune ☐ Demande en cours ☐ Curatelle de portée générale[5] ☐ Tutelle pour mineur	Autre mesure (cumul possible) : ☐ Curatelle d'accompagnement ☐ Curatelle de représentation ☐ Curatelle de gestion ☐ Curatelle de coopération
Nom et adresse du ou de la représentant.e légal.e :	NOM :	Prénom :
	Rue et n° :	NPA et localité :
	Téléphone :	E-mail :
Nom et adresse du ou de la co-curateur-trice :	NOM :	Prénom :
	Rue et n° :	NPA et localité :
	Téléphone :	E-mail :

A7. Parents, autre personne de contact

Parent.e 1	NOM :	Prénom :
	Rue et n° :	NPA et localité :
	Téléphone :	E-mail :
Parent.e 2	NOM :	Prénom :
	Rue et n° :	NPA et localité :
	Téléphone :	E-mail :
Conjoint.e	NOM :	Prénom :
	Rue et n° :	NPA et localité :
	Téléphone :	E-mail :
Autre personne de contact (frère, sœur, autre) / personne ressource ou de référence	NOM :	Prénom :
	Rue et n° :	NPA et localité :
	Téléphone :	E-mail :
	Lien (frère, sœur, …) :	

[5] Remplace la tutelle et les prolongations de l'autorité parentale dans le nouveau droit de protection de l'adulte

B. DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

B1. Accompagnement en établissement socio-éducatif souhaité (ESE)

Cette partie est à compléter à titre indicatif. Elle n'engage ni le/la bénéficiaire et/ou son entourage, ni l'Etat de Vaud.

Souhaiteriez-vous accéder à une prestation d'**hébergement** fournie par un établissement socio-éducatif ?

☐ Oui	☐ Non	☐ En réflexion
	Prestation	Fréquence
Si oui, quel type de prestation d'hébergement souhaiteriez-vous ?	☐ Résidence/foyer ☐ Logement protégé (rattaché à un ESE)	☐ Temps partiel 1 à 3 nuit(s) ☐ Temps plein 4 à 7 nuits ☐ A définir
Durée du séjour souhaitée	☐ Longue durée	Dès le ☐ A définir
	☐ Courte durée (maximum 30 jours par année)	du au ☐ 30 jours compris entre le 01.01 et le 31.12 de l'année :
Commentaire/précisions :		

Souhaiteriez-vous accéder à une prestation d'**accompagnement à domicile** fournie par un établissement socio-éducatif ?

☐ Oui	☐ Non	
Si oui :	☐ Accompagnement à domicile en lien avec un ESE	☐ RAHMO[6]
Cette prestation n'est pas compatible avec des demandes d'hébergement à temps plein.		
Commentaire/précisions :		

[6] Réseau d'Accompagnement en Milieu Ordinaire : https://rahmo.ch/

Souhaiteriez-vous accéder à une prestation d'**activité de jour** fournie par un établissement socio-éducatif ?

	☐ Oui ☐ Non	
	Prestation	Fréquence
Si oui, quel type de prestation d'activité de jour souhaiteriez-vous ?	☐ Centre de jour ☐ Atelier à vocation socialisante	/ 5 jours / 5 jours ☐ Non définie
Date souhaitée pour accéder à la/aux prestation-s	Date souhaitée (mois et année) : ☐ Non définie	
Commentaire/précisions :		

Nb : pour toute demande de prestation d'atelier productif, s'adresser directement à : www.aeip.ch

Dans quel **district du canton** souhaiteriez-vous obtenir la/les prestation(s) ?

☐ Aigle	☐ Lausanne et Ouest lausannois	☐ Riviera-Pays-d'Enhaut
☐ Broye-Vully	☐ Lavaux-Oron	☐ Autre (hors canton, etc.), spécifier :
☐ Gros-de-Vaud	☐ Morges	☐ Non défini
☐ Jura-Nord vaudois	☐ Nyon	

Avez-vous déjà pris **contact** avec un ou plusieurs établissements socio-éducatifs ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel(s) ? Nom de ou des établissement(s) :

B2. Autres commentaires

Vous pouvez indiquer ici tout autre commentaire, observation ou motivation de la demande :

B3. Documents à fournir obligatoirement pour le traitement de la demande

- **Documents médicaux[7] attestant et précisant l'atteinte à la santé (*cf.* page 4)**
- **Décision de la justice de paix instaurant le/la représentant.e légal.e (*cf.* page 5)**
- **Décision de justice indiquant le ou les détenteurs/trices de l'autorité parentale (*cf.* page 5)**

⚠ ***La demande d'accompagnement sera traitée uniquement avec l'ensemble des attestations devant faire partie de la présente demande. Merci de ne pas agrafer les documents.***

B4. Signature

Par votre signature, vous autorisez, cas échéant, le secrétariat du DCISH à transmettre la présente demande à l'Instance d'évaluation des besoins individuels (IEBI) de Pro Infirmis Vaud.

Lieu : ..... Date : .....

Personne qui a complété le formulaire :

☐ Personne concernée

☐ Représentant.e légal.e

☐ Autre : (nom, prénom et fonction de la personne qui a rempli ou aidé à remplir le formulaire :

.....

Signature de la personne concernée (dans la mesure du possible) : .....

Représentant légal :

La signature des deux parents est obligatoire (sauf décision contraire de la Justice de Paix)

Signature parent.e 1 : ..... Signature parent.e 2 : .....

Curateur.trice : .....

[7] Exemples de documents :
- Certificat médical ou rapport médical
- Diagnostic
- Evaluation neuropsychologique si existante
- Document médical de transmission (DMT) et / ou document médico-social de transmission (DMST)

Selon la clarté des documents transmis, le Pôle handicap de la DIRHEB et le secrétariat du DCISH sont susceptibles de demander aux représentants légaux l'autorisation d'obtenir le rapport AI de la personne en situation de handicap.

mars 2024 / chsa

pro infirmis

Notice sur la protection des données

Vous avez pris contact avec un service de Pro Infirmis ou son organisation partenaire Mosaik à Bâle-Campagne pour obtenir des informations, des conseils ou un appui. La présente notice vous explique brièvement les principes de Pro Infirmis et de son organisation partenaire en matière de protection des données. Vous trouverez des informations détaillées sur https://www.proinfirmis.ch/fr/protection-des-donnees.

Vos données
Les données que nous recevons de votre part (concernant la santé, les assurances, l'adresse ou les activités quotidiennes) sont utilisées par Pro Infirmis ou Mosaik. Vos données personnelles ne sont pas partagées avec des tiers. L'ensemble du personnel est soumis au devoir de discrétion.
S'il s'avère nécessaire de demander des renseignements à vos proches ou à d'autres personnes de référence, nous vous en informons à l'avance et sollicitons votre autorisation.

Collaboration avec les autorités et les services spécialisés
D'autres services de conseil social peuvent demander des aides financières à Pro Infirmis et à Mosaik pour leur clientèle. Afin que ces services agréés puissent vérifier si des demandes ont déjà été déposées pour vous, nous leur donnons accès à vos données de base (nom, prénom, sexe, date de naissance, adresse, coordonnées bancaires, demandes financières précédentes).
Si nous recevons des demandes des autorités ou de services spécialisés qui vous concernent, nous vous en informons.

Droit de regard
Vous avez le droit de consulter vos données en possession de Pro Infirmis et de Mosaik. Si vous avez des questions, veuillez vous adresser à la direction cantonale compétente ou à datenschutz@proinfirmis.ch.

Correspondance par e-mail
Si vous nous contactez par courrier électronique non crypté ou par messagerie instantanée, nous partons du principe que nous pouvons répondre à votre demande par le même moyen de communication. Si vous choisissez de communiquer avec nous par e-mail sans protéger vos données par cryptage, vous devez signer la déclaration de consentement ci-dessous.

« Je souhaite communiquer avec Pro Infirmis par e-mail (non crypté) et recevoir des documents par e-mail. Je connais les risques liés à l'envoi de courriers électroniques, notamment le fait qu'ils puissent être consultés par des tiers non autorisés ».

Cette déclaration peut être révoquée à tout moment par e-mail ou par courrier postal.

Nom du/de la cliente-e : _____

Date, lieu :

Signature client/cliente :

_____ _____

*Signature Parent 1 / Curateur 1

*Signature Parent 2 / Curateur 2

_____ _____

* Signature obligatoire de chacun des représentants légaux en cas d'autorité parentale conjointe ou de co-curatelle.