

FORMULAIRE DE SAISINE RAPT

DEMANDE D'INTERVENTION DE LA RAPT (RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS)

- Demande d'analyse de la situation complexe, d'expertise ou d'évaluation complémentaire.

- Demande de PAG (Plan d'Accompagnement Global)

- Demande à bénéficier de « pair aidance » (mise en relation avec une personne ressource ou une association œuvrant dans mon type de handicap)

* Vous avez la possibilité de cocher plusieurs cases.

Si vous souhaitez être aidé(e) pour remplir cette fiche, vous pouvez vous faire accompagner par un membre de l'équipe joignable au : 04.66.49.60.70 ou mda@lozere.fr ou rapt@lozere.fr

Date : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
Personne concernée par la saisine : Nom/Prénom : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Date de naissance : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Adresse : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Nom/ prénom et adresse du représentant légal en précisant le type de mesure s'il y a : <input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/> Situation familiale : <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> En famille	Personne ayant accompagné la rédaction de la demande : Nom/prénom : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Organisme/fonction : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> Téléphone/courriel : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
Avez-vous un dossier MDPH en Lozère? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Hors Lozère <i>Si hors Lozère, merci de bien vouloir joindre les notifications.</i> N° de dossier si connu : <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
Orientation CDAPH en cours : <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	

MOTIFS DE LA SAISINE :		
Caractéristiques de la situation		
* Cocher les cases correspondantes (possibilité d'en saisir plusieurs).	<input type="checkbox"/>	- Indisponibilité des réponses connues
	<input type="checkbox"/>	- Inadaptation des réponses connues
	<input type="checkbox"/>	- Complexité de la réponse à apporter
	<input type="checkbox"/>	- Risque de rupture du parcours de la personne
	<input type="checkbox"/>	- Constat de rupture du parcours de la personne
	<input type="checkbox"/>	- Perspective d'améliorer la qualité de l'accompagnement selon les priorités définies par délibération de la commission exécutive
	<input type="checkbox"/>	- Aucun des motifs précédemment énoncés

Commentaire : (description de la situation, éléments utiles à préciser : situation familiale, facteurs de fragilité, handicap principal, difficultés principales, rôle du ou des aidants familiaux...)

Définition des besoins (éducatifs, scolarisation, thérapeutiques, insertion sociale, insertion professionnelle, aide aux aidants...) non satisfaits à ce jour de vous-même ou de la personne concernée :

Quelles démarches ont déjà été entreprises et quels sont les freins identifiés quant à la mise en œuvre des décisions CDAPH ?

Quelles solutions/ projets avez-vous envisagés pour vous-même ou pour la personne concernée ?

**Intervenants impliqués dans l'accompagnement actuel : coordonnées des professionnels
(Médico-social, sanitaire, éducation nationale, social, autre)**

STRUCTURE	NOM	DATE DE DEBUT DE PRISE EN CHARGE OU ACCUEIL	NATURE ET FREQUENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT ACTUEL

Joindre si vous en disposez **les comptes-rendus de synthèse et d'intervention des divers professionnels** (éducatifs, médicaux, sociaux, etc.) ainsi que les courriers de refus et/ ou de fin de prise en charge des établissements. Le présent dossier ainsi que ces éléments sont à renvoyer à la MDA de Lozère :

Par courrier: **Maison Départementale de l'Autonomie**
6, Avenue du Père Coudrin
48000 MENDE

Par courriel : mda@lozere.fr et rapt@lozere.fr

Signature du demandeur ou du représentant légal

--