

Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)  
8 Place du général de Gaulle  
56230 QUESTEMBERG

Tél. : 02 97 63 10 08 / 06 31 68 14 75

E- mail : [samsah@cprb.asso.fr](mailto:samsah@cprb.asso.fr)



NOM : .....

PRENOM : .....

Cadre réservé à l'établissement

Reçu le : .....

Complet

## NOM

## PRENOM

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

Adresse : .....

.....

Sexe : ..... Nationalité : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

E-mail : .....

## SITUATION FAMILIALE

célibataire     
  marié(e)     
  en couple     
  séparé(e)     
  divorcé(e)     
  veuf(ve)

Composition de la famille :

	Nom	Prénom	Date de naissance	Profession
Conjoint				
Enfant				

	Nom	Prénom	Date de naissance	Profession
Père				
Mère				
Fratrerie				

Type de liens familiaux, amicaux et de voisinage : .....

.....

.....

.....

## DOMICILE

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Parental                  | <input type="checkbox"/> Conjugal                 | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |
| <input type="checkbox"/> Locataire bailleur social | <input type="checkbox"/> Locataire bailleur privé | <input type="checkbox"/> Propriétaire  |

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Régime d'assurance maladie ( CPAM, MSA ou autres...) : .....

N° de sécurité sociale : ..... Droits à 100% jusqu'au : .....

MUTUELLE : (Nom et coordonnées) : .....

 CSS  oui  non

Si oui, avec participation ou pas

CAF : Coordonnées : .....

N° d'allocataire CAF : .....

## RESSOURCES :

	Montant	échéance
AAH		
Complément de ressources		
Revenu d'activité (même ESAT)		
Indemnités journalières		
Allocation de chômage		
Pension d'invalidité		
Pension de retraite		
Rente d'accident du travail		
Pension de réversion		
Pension alimentaire		
Autres : .....		

AIDES – Prestation Compensatrice du Handicap

PCH	Lesquelles : précisez	Montant
Aide humaine		
Aide technique		
Aménagement logement		
Aide aux transports		
Aide animalière		
Aides spécifiques		

MDPH

N° de dossier MDPH : .....

	accord	en cours	échéance
RQTH			
Milieu ordinaire			
Entreprise Adaptée			
ESAT			
Foyer de Vie			
Maison d'Accueil Spécialisée			
Foyer d'Accueil Médicalisé			

MESURE DE PROTECTION

Oui

Non

si oui :

Curatelle simple

Curatelle renforcée

Tutelle

Autres : .....

Coordonnées du responsable légal : .....

.....

### COORDONNEES DE LA PERSONNE A PREVENIR (en cas d'accident)

Oui ou non

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Lien de parenté : .....

### COORDONNEES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Oui ou non

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Lien de parenté : .....



Espace activité :  OUI  NON

## FICHE « HABITUDES DE VIE »

	Sans aide	Avec l'aide d'un 1/3	Assistante complète	Matériel utilisé
<i>GESTION DU LOGEMENT</i>				
Tâches ménagères				
Linge				

<i>REPAS</i>				
S'alimenter				
Préparer un repas				
Faire des courses				

<i>HYGIENE CORPORELLE</i>				
Toilettes				
Habillage-déshabillage				
Elimination				

<i>SOMMEIL</i>				

<i>COMMUNICATION</i>				
Utilisation des outils de communication : téléphone, internet ...				

<i>DEPLACEMENTS</i>				
Transferts				
Dans le domicile				
A l'extérieur				



# DOSSIER ADMINISTRATIF

Réf : E 3.3.2.03 v1 (déc23)

Page 7 sur 8

## ADMINISTRATIF

Gestion financière

Formalités administratives

Autres relations familiales, amicales, de voisinage...

VEUILLEZ INDIQUER VOS ATTENTES VIS-A-VIS DU SAMSAH

Le : .....

Signature de la personne concernée :

Nom et fonction de la personne qui a aidé à remplir le dossier : .....

Cachet et signature :

## PIECES A FOURNIR

- Un justificatif d'état civil (carte d'identité, passeport ...)
  
- Carte vitale
  - Une copie de votre carte de mutuelle
  - Une copie de l'attestation « Responsabilité Civile »
  - Une copie de vos notifications d'orientation MDA : (SAMSAH, FAM, MAS, RQTH, ESAT...)
  - Un justificatif de vos ressources (Pension invalidité, AAH, CAF, dernier avis d'imposition)
  - Un justificatif des prestations de compensation (PCH...)
  - 2 photos