

DEMANDE D'ADMISSION

Afin que la candidature puisse être prise en compte, il est important de joindre les documents suivants :

- Une attestation de revenus ;
- L'accord écrit de l'administrateur de biens et/ou de la personne;
- Une copie du jugement reprenant les missions qui incombent à l'administrateur de la personne ;
- Une copie de la feuille de lecture de la carte d'identité ;
- Une copie des conditions de libération pour les usagers sous le statut de défense sociale ;
- Un rapport médical complet rédigé par le médecin psychiatre reprenant les informations suivantes : diagnostic DSM axe I, II, III - traitement - médecin psychiatre de référence - service hospitalier de référence - hospitalisations précédentes - projet ;
- Un rapport psychologique ;
- Et une évaluation d'autonomie.

⇒ ***Tous ces documents doivent être en notre possession pour le second rendez-vous au plus tard, sans quoi la candidature devra être suspendue.***

Service qui introduit la demande:

Date de la demande :

Nom et coordonnées de la personne de contact :

.....
.....
.....

Partie 1 : DONNEES PERSONNELLES

➤ **INFORMATIONS GENERALES :**

Nom :

Prénom :

Sexe :

Adresse :

Nationalité :

Lieu et date de naissance :

Etat civil :

Numéro national :

Numéro de carte d'identité :

Numéro de téléphone ou de GSM :

Adresse email :

➤ **SITUATION FAMILIALE:**

Composition familiale :

.....
.....
.....

Nom et coordonnées de la personne à contacter en cas de besoin :

.....
.....
.....

➤ **PARCOURS SCOLAIRE, PROFESSIONNEL, OCCUPATIONNEL :**

- Scolarité :

Type d'enseignement suivi :

☐ général ☐ technique ☐ professionnel ☐ spécialisé

Etudes effectuées :

Diplôme obtenu :

☐ CEB (primaires) ☐ CESS (secondaire) ☐ Graduat ☐ Universitaire

- Profession exercée :

.....
.....
.....

- Passé occupationnel (loisirs, centre de jour, bénévolat, ...) :

.....
.....
.....

Partie 2 : DONNEES ADMINISTRATIVES

➤ SITUATION FINANCIERE:

Source des revenus:

Montant des revenus :

Charges éventuelles:

Nom et coordonnées de l'administrateur de biens, du médiateur de dettes ou de la personne s'occupant de la guidance budgétaire:

.....
.....
.....

➤ CPAS DE SECOURS:

Coordonnées du CPAS compétent :

.....
.....
.....

Nom et coordonnées de la personne de contact :

.....
.....
.....

➤ MUTUELLE:

Merci de coller une vignette

Nom et coordonnées de la mutualité :

.....
.....
.....

Matricule:

Qualité:

Codes:

BIM : *O oui O non*

➤STATUT JURIDIQUE (lois du 26/06/90 et du 18/07/91 et de D.S.):

**Complétez la ou les mentions adéquates.*

- Libéré(e) à l'essai en date du :
- Internement en date du :
- Qualification légale des faits :
- Chambre de Protection Sociale : *O Mons O Liège O Bxl O Gent O Antwerpen*

- Mise en observation en date du :
- Postcure jusqu'au :

➤INTERVENANTS EXTÉRIEURS

- Administrateur de la personne :
- Assistant de justice :
- Equipe mobile :
- SAJ/SPJ :
- Autres :

➤NUMERO DE DOSSIER DES DIFFERENTS ORGANISMES SOCIAUX

- SPF :
- AVIQ:
- Autres :

Partie 3 : DONNEES MEDICALES

➤ ANTECEDENTS MEDICAUX:

- Maladies somatiques (diabète, cholestérol, épilepsie, ...) :
- Interventions chirurgicales :
- Allergies (médicaments, aliments, ...) :
- Infections transmissibles (hépatite, HIV, tuberculose, ...) :

➤ TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Si injection, merci de préciser la fréquence.

<u>Nom</u>	<u>Matin</u>	<u>Midi</u>	<u>Soir</u>	<u>Coucher</u>

➤ INTERVENANTS MEDICAUX

- Nom et coordonnées du médecin psychiatre:

.....
.....
.....

- Nom et coordonnées du médecin généraliste ou de la maison médicale :

.....
.....
.....

- Nom et coordonnées du médecin spécialiste :

.....
.....
.....

- Autres :

.....
.....
.....

➤ **PARCOURS PSYCHIATRIQUE ET/OU INSTITUTIONNEL:**

En cas d'hospitalisation dans des structures hospitalières comme le CRP Les Marronniers, merci de préciser le ou les services concernés.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Partie 4 : AUTONOMIE ET VIE JOURNALIERE

A compléter par l'utilisateur. Merci d'indiquer si vous éprouvez des difficultés dans le domaine concerné, et si oui, précisez lesquelles.

➤ **VIE JOURNALIERE :**

- Hygiène personnelle : capacité à prendre soin de soi (toilette, cheveux, vêtements propres, ...)

.....
.....

- Santé : capacité à prendre les mesures nécessaires pour maintenir une bonne santé (soins, rendez-vous médicaux, ...)

.....
.....

- Hygiène du lieu de vie : capacité à entretenir son lieu de vie et à le maintenir propre et rangé

- Courses : capacité à effectuer des achats alimentaires selon son budget

- Alimentation : capacité à cuisiner des repas simples et équilibrés

- Médication : capacité à gérer seul son traitement, sans oubli ou
surconsommation

- Gestion administrative : capacité à gérer le courrier et les différentes
démarches administratives

- Gestion financière : capacité à gérer son revenu mensuel ou son argent de
poche hebdomadaire

- Mobilité : capacité à se déplacer seul sur de longues distances, capacités à
monter les escaliers

- Utilisation des transports en commun : capacité à prendre les transports en
commun (bus, train, ...)

➤ **ACTIVITES :**

Capacité à aller vers l'extérieur pour participer à des activités individuelles
ou de groupe

➤ **RELATIONS :**

Capacité à entrer en relation avec d'autres personnes (solitaire, ouvert, ...)

.....
.....
.....

➤ **ASSUETUDES :**

Consommation de produits toxiques (cannabis, héroïne, alcool, ...).

Merci d'indiquer le type de produit consommé, ainsi que la fréquence

.....
.....
.....

Partie 5 : ACCORD DE REPRISE

A compléter par le médecin psychiatre.

En cas d'impossibilité de poursuivre le projet de vie en Habitations Protégées suite à des difficultés psychiques, le service s'engage à reprendre la personne dans les plus brefs délais.

Date et signature du Médecin