

DOSSIER DE CANDIDATURE en vue d'une admission

Nom du (de la) candidat(e) :

Personne de contact pour le suivi de la candidature :

Nom, Prénom :

Adresse :

Tel / Fax :

Mail :

Date :

Nous vous remercions de remplir ce document de manière complète et précise. Joindre en annexe tous les rapports médicaux ou d'évaluation que vous estimez utiles. Faire parvenir le dossier à :

Par courrier postal : MSP Bois de la Fontaine, Assistante sociale, rue du vieux chemin de fer 31
à 7170 Manage

Par courriel : mspboisfontaine@saintbernard.ofc.be

Ces données sont confidentielles et ne seront en aucun cas communiquées à un tiers.

1. Renseignements administratifs

Coller ici une vignette de mutuelle

Adresse de résidence si différente du domicile :

Etat civil :

Nationalité :

Lieu et date de naissance :

La personne bénéficie-t-elle d'un soutien dans le cadre de la gestion de ses biens :

oui/non (*biffer la mention inutile*)

Si oui :

Nom, adresse et n° de téléphone :

Qualité :

La personne bénéficie-t-elle d'un soutien dans le cadre de la protection de la personne :

oui/non (*biffer la mention inutile*)

Si oui :

Nom, adresse et n° de téléphone :

Qualité :

Dispositions prises après le 1/9/2014 : oui/non (*biffer la mention inutile*)

Si oui, veuillez svp joindre une copie de l'ordonnance ou de la convention.

Statut de minorité prolongée : oui/non (*biffer la mention inutile*)

La personne a-t-elle un N° AVIQ ? (si oui lequel)

2. Motivation de la demande d'admission

A remplir par le (la) candidat(e) :

a) Qu'attendez-vous du séjour à la Maison de Soins Psychiatriques «Bois de la Fontaine» ?

b) Avez-vous des souhaits particuliers ?

c) Avez-vous des activités que vous souhaitez pratiquer ou continuer ?

d) Quelles sont les personnes importantes pour vous avec lesquelles vous souhaitez continuer à avoir des contacts ?

A remplir par l'entourage familial ou professionnel du (de la) candidat(e) : Quelles sont les attentes que vous pourriez formuler vis-à-vis du séjour du (de la) candidat(e) à la MSP « Bois de la Fontaine » ?

Nom, prénom :	Type de lien :

Nom, prénom :	Type de lien :

3. Réseau social et familial

	Noms et Prénoms	Coordonnées	Nature et fréquence des contacts
<i>Conjoint ou compagne/compagnon :</i>			
<i>Enfants :</i>			
<i>Parents :</i>			
<i>Frères et sœurs :</i>			
<i>Autres personnes significatives :</i>			

4. Santé mentale

Psychiatre actuel(le) :

Diagnostic psychiatrique actuel :

Etat de la stabilisation :

Histoire de la maladie :

Comportement général :

Hospitalisations en psychiatrie (dates et lieux) :

Besoins spécifiques :

Médication (joindre en annexe si nécessaire) :

Score GAF :

La personne est-elle sous mesure de maintien de soins psychiatriques ?

oui/non (*biffer la mention inutile*)

Si oui jusque quand ?

Retard mental :

oui/non (*biffer la mention inutile*)

Si oui, est-ce un retard mental léger, modéré, sévère ou profond ?

5. Santé somatique

Médecin généraliste traitant :

Autres médecins :

Antécédents médicaux :

Problèmes somatiques actuels :

Pronostic (si pertinent) :

Médication (joindre en annexe si nécessaire) :

6. Besoins et habitudes de vie

Quels sont les centres d'intérêt de la personne (ce qu'elle aime, ce qu'elle désire faire, de manière habituelle ou pas) ?

Quelles sont les activités actuelles de la personne ? A quel rythme ont-elles lieu ?

Quelles sont les habitudes importantes pour la personne (habitudes alimentaires, vestimentaires, de loisirs, d'hygiène, de sommeil, ...) ?

La personne a-t-elle des besoins particuliers dans un ou plusieurs des domaines suivants :

	cocher	commentaires
<i>Besoins de base : médicaux, physiologiques</i>		
<i>Besoins de base : matériel</i>		
<i>Sécurité, apaisement, contenance, acceptation</i>		
<i>Cadre de vie/environnement (lieu de vie sécurisé, taille du groupe, ...)</i>		
<i>Spiritualité</i>		
<i>Relations sociales et familiales</i>		
<i>Vie affective et sexuelle</i>		
<i>Participation, citoyenneté</i>		
<i>Maintien ou développement d'acquis, éveil, culture</i>		
<i>Expression et communication</i>		
<i>Estime de soi, valorisation</i>		
<i>Affirmation de soi et autonomie, décisions, choix</i>		
<i>Information, compréhension</i>		
<i>Connaissance de soi</i>		
<i>Situation financière et administrative</i>		
<i>Autre</i>		

7. Parcours scolaire et professionnel

Dates	Etablissement(s) ou employeur(s)	Commentaires

8. Renseignements médico-légaux

La personne a-t-elle commis un ou des délits ayant fait l'objet d'une plainte? (Expliquer)

La personne est-elle sous statut de défense sociale ?

oui/non (*biffer la mention inutile*)

Si oui, est-elle libérée à l'essai ?

A partir de quelle date ?

Est-elle suivie par un(e) assistant(e) de justice ?

oui/non (*biffer la mention inutile*)

Joindre une copie de l'expertise médico-légale et des conditions de libération à l'essai

La personne est-elle privée de certains droits ou soumise à certaines dispositions restreignant ses droits (probation, peine de travail, interdiction du droit de vote, ...) ?

9. Renseignements cognitifs et adaptatifs

1 - Tâches et exigences générales, relations avec autrui :

		Oui	Non	Avec aide (+ commentaires)
<i>S'orienter dans le temps</i>	Avoir conscience du jour et de la nuit, des moments dans la journée, de la date, du mois et de l'année.			
<i>S'orienter dans l'espace</i>	Avoir conscience de l'endroit où l'on se trouve (par exemple son environnement immédiat, la ville ou le pays où on habite, la pièce où l'on se trouve).			
<i>Reconnaître les personnes qui nous entourent</i>				
<i>Mémoriser</i>	Enregistrer et garder à l'esprit des informations (mémoire à court terme, à long terme, se remémorer, se souvenir de).			
<i>Gérer sa sécurité pour soi-même et pour autrui</i>	Savoir éviter un danger (éviter un danger, ne pas se mettre en danger).			
<i>Respecter les règles de vie</i>				

2 - Autonomie de base :

		Oui	Non	Avec aide (+ commentaires)
<i>Se mettre debout</i>	Prendre ou quitter la position debout.			
<i>Se coucher</i>	Prendre ou quitter la position allongée.			
<i>S'asseoir</i>	Prendre ou quitter la position assise.			
<i>Rester assis</i>	Rester assis pendant un certain temps si nécessaire.			
<i>Marcher</i>	Avancer à pied, pas à pas.			
<i>Se déplacer à l'aide d'une aide technique</i>	Marcher ou se déplacer dans le logement y compris en utilisant un équipement tel que fauteuil roulant ou déambulateur.			
<i>Se laver</i>	Laver et sécher son corps tout entier ou des parties du corps, en utilisant de l'eau et les produits ou les méthodes appropriées, comme prendre son bain, prendre une douche, se laver les mains et les pieds, se laver le visage et se sécher avec une serviette.			

Assurer l'élimination et utiliser les toilettes	Prévoir et contrôler la miction ou la défécation par exemple, en exprimant le besoin, en se rendant dans un endroit approprié et en réalisant les gestes nécessaires.			
S'habiller/se déshabiller	Effectuer les gestes nécessaires pour mettre et ôter des vêtements dans l'ordre (mettre et ôter les vêtements du haut du corps, du niveau moyen, du bas du corps, s'habiller selon les circonstances).			
Prendre ses repas (manger et boire)	Coordonner les gestes nécessaires pour manger des aliments qui ont été servis, les porter à la bouche (inclusion: couper sa nourriture, mâcher, ingérer, coordonner les gestes nécessaires pour prendre sa nourriture).			

3 – Communication :

		Oui	Non	Avec aide (+ commentaires)
Parler	Produire des messages verbaux.			
Lire, écrire et calculer	Capacités scolaires.			
Entendre des sons				
Voir				

Utiliser des appareils et techniques de communication	Utiliser des appareils, des techniques et autres moyens à des fins de communication (<i>utilisation d'appareils d'usage courant tels que téléphone, télécopieur, ordinateur, machine à écrire, ou d'appareils de communication spécifiques tels que téléalarme, machine à écrire en braille, appareil de synthèse vocale</i>).			
Mener une conversation	Engager, soutenir et mettre fin à un échange de réflexions et d'idées, mené au moyen du langage parlé, écrit, du langage des signes ou de tout autre langage, avec une ou plusieurs personnes que l'on connaît ou qui sont étrangères, dans un cadre formel ou non formel.			
Comprendre une phrase simple				
Produire et recevoir des messages non verbaux	Capacité à comprendre et/ou se faire comprendre à l'aide de gestes, de postures, de mimiques, etc.			

4 - Vie domestique et vie courante :

		Oui	Non	Avec aide (+ commentaires)
Préparer des repas simples				
Faire les courses				

<i>Faire le ménage</i>				
<i>Capacité d'organisation de son temps sur une semaine</i>	Hygiène, alimentation, prise des repas, entretien du lieu de vie, organisation du temps libre de façon cohérente.			
<i>Vivre seul dans un logement indépendant</i>				
<i>Gestion de son argent et de son budget</i>	Au quotidien, sur la semaine, sur le mois.			
<i>Utilisation des services bancaires</i>	Utilisation d'une carte bancaire.			
<i>Utilisation des transports en commun</i>				

5 - Problèmes de comportements :

	Description	Intensité : léger, modéré, sévère (atteinte grave à soi ou à autrui)	Fréquence au cours des 6 derniers mois	Commentaires
<i>Violence verbale</i>				
<i>Violence physique</i>				

<i>Atteintes à la propriété d'autrui</i>				
<i>Comportements d'opposition</i>				
<i>Fugues</i>				
<i>Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances</i>				
<i>Problèmes liés à la sexualité</i>				
<i>Automutilation</i>				
<i>Tendance au suicide</i>				
<i>Troubles alimentaires (potomanie, ingestion d'objets, boulimie, anorexie, ...)</i>				
<i>Autres</i>				

Données nécessaires à la facturation lors d'un séjour

Il sera nécessaire de fournir les données demandées ci-dessous dès la réception d'une réponse favorable à la candidature. Elles permettront notamment d'établir un devis relatif au coût du séjour, qui varie d'une personne à l'autre en fonction des critères légaux spécifiques au secteur des maisons de soins psychiatriques. L'accord écrit de l'administrateur des biens ou de la personne responsable du paiement des factures sera également requis avant l'entrée.

Informations à recueillir auprès de la mutualité :

Utiliser le modèle « *attestation à remplir par la mutualité* » ci-joint, à faire remplir par votre mutualité.

Informations à recueillir auprès du SPF Sécurité Sociale :

Utiliser le modèle « *attestation à remplir par le SPF Sécurité sociale* » ci-joint, à faire remplir par le SPF Sécurité sociale dont les coordonnées sont :

Service Public Fédéral Sécurité Sociale
Direction Générale Personnes Handicapées
Boulevard du Jardin Botanique 50 bte 150
1000 Bruxelles

Ou

Formulaire de contact du site web :
<https://handicap.belgium.be/fr/contact/index.htm>

Nature et montant des avoirs (ressources, épargne, immobilier, autres --> à indiquer ci-dessous + joindre une attestation/preuve des ressources) :

Dettes :

Charge de pension alimentaire suite à une décision de justice :

Autres charges :

Vignette de mutuelle ou n° de registre national

ATTESTATION A COMPLETER PAR LA MUTUALITE

Concerne : *Nom et prénom:*

Date de naissance :

Adresse :

Je soussigné(e) Madame/Monsieur,
responsable du service compétent de la mutualité de l'assuré(e), déclare que
Madame/Monsieur....., à la date du.....:

Charge de famille :

- o Avoir des personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé*
- o Être obligé de verser une pension alimentaire dans le cadre d'une décision judiciaire ou d'un acte notarié*
- o Être titulaire*
- o Être inscrit dans l'assurance soins de santé comme personne à charge d'un titulaire*

Invalidité :

- o Avoir la qualité de travailleur régulier*
- o Avoir la qualité de travailleur irrégulier*
- o Autre (pas d'invalidité)*

Bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) :

- o Être BIM : depuis le jusqu'au*
- o Ne pas être BIM mais entrer dans les conditions pour l'être*
- o Ne pas être BIM et ne pas entrer dans les conditions pour l'être*

Assurabilité :

- o En ordre*
- o Pas en ordre*

Certifié conforme et sincère,

Organisme assureur :

Date et signature :

Cachet de la mutualité :

N.B : informations nécessaires dans le cadre de l'établissement d'un dossier de candidature en vue d'une admission
au sein de la Maison de Soins Psychiatriques « Bois de la Fontaine » à Manage.

B

ATTESTATION A COMPLETER PAR LE SPF SECURITE SOCIALE

Concerne : *Nom et prénom:*

Date de naissance :

Adresse :

Je soussigné(e) Madame/Monsieur....., responsable du service compétent du SPF Sécurité Sociale, déclare que Madame/Monsieur....., à la date du.....:

Catégorie :

Pas de catégorie

Catégorie 1

Catégorie 2

Catégorie 3

Catégorie 4

Catégorie 5

Nombre de points :

.....

Certifié conforme et sincère,

Date et signature :

Cachet du SPF Sécurité Sociale :

N.B : informations nécessaires dans le cadre de l'établissement d'un dossier de candidature en vue d'une admission au sein de la Maison de Soins Psychiatriques « *Bois de la Fontaine* » à Manage.

	Cocher	Expliquer
<i>Demande au CPAS</i>		
<i>SPF Sécurité sociale</i>		
<i>Administration des biens et/ou de la personne</i>		
<i>Droit familial</i>		
<i>Pensions</i>		
<i>Etat civil</i>		
<i>Nationalité</i>		
<i>Droit pénal</i>		
<i>Défense sociale</i>		
<i>Parentalité</i>		
<i>Autres</i>		