



Établissements Médico-Sociaux Publics du Haut Var
Salernes

DOSSIER DE CANDIDATURE

STAGE



ADMISSION

Nom :

Prénom :

Date de la demande :

Les réponses aux questions qui suivent sont importantes pour la suite à donner à votre demande. Nous vous prions de bien vouloir nous retourner ce dossier dans les meilleurs délais, accompagné des pièces demandées.

Après étude, nous vous informerons de notre position quant à la suite que nous réserverons à votre demande.

En tout état de cause, une suite ne pourra avoir lieu qu'en possession de l'ensemble des pièces administratives à fournir au préalable, notamment au regard des obligations réglementaires fixées par la MDPH.

PRODECUE D'ADMISSION

Toutes les candidatures pour l'Esat sont systématiquement examinées. Un dossier de candidature est envoyé.

En cas d'avis positif, une période de stage de 10 jours pourra être mise en place après accord de la MDPH : Mise en Situation Professionnelle (MISPE). À l'issue de ce stage, une évaluation est faite.

Si elle est positive et en fonction des places disponibles, l'admission à l'ESAT du Haut Var est prononcée par le directeur après notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) Toute admission comporte au préalable une période d'essai dont la durée, fixée par la CDAPH, ne peut excéder 6 mois.

Sur demande du directeur, cette période peut être renouvelée une fois.

Pour formaliser son admission, le travailleur handicapé, accompagné s'il le souhaite de sa famille, sera reçu dans les locaux de l'ESAT. À cette occasion, le directeur ou son représentant, lui remettra les documents obligatoires :

- livret d'accueil
- règlement de fonctionnement
- charte des droits et libertés de la personne accueillie

Dans le mois suivant son admission, le travailleur handicapé, ou son représentant légal, signe le contrat de soutien et d'aide par le travail.

La contractualisation représente le point fort de la loi du 2 janvier 2002 parce qu'elle permet la transaction entre le travailleur handicapé et l'institution dans le seul intérêt de l'utilisateur.

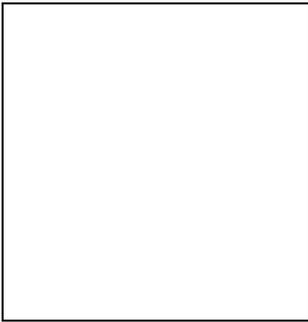
Établir un contrat, c'est donner des droits et devoirs qui incombent aux parties.

Ces droits fondamentaux apparaissent dans la Charte des droits et libertés. Une personne qualifiée qui a le rôle de conciliateur, est nommée par le préfet pour défendre ces droits auprès de l'établissement.

Dès l'admission, période d'essai comprise, la rémunération garantie du travailleur handicapé est assurée par l'ESAT.

Les travailleurs doivent répondre aux obligations en matière de vaccinations conformément aux préconisations de la médecine du travail.

DOSSIER DE DEMANDE



NOM :

Prénom :

I - RENSEIGNEMENTS ET SITUATION ADMINISTRATIVE

1.1. Etat civil

Nom :

Homme

Prénom :

Femme

N° de sécurité sociale :

Régime :

Adresse personnelle :

Né(e) le :

.....

A :

.....

Nationalité :

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

@ :

Votre situation : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Autre

Avez-vous des enfants : Oui si oui combien : Non

Noms, Prénoms et dates de naissance des **enfants** :

.....

Noms et Prénoms des **parents** :

Adresse des parents :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

@ :

Noms et Prénoms du **conjoint** :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

@ :

Nom et Coordonnées de la Personne à contacter si besoin :

.....
.....

Profession du **père** :

En activité en retraite au chômage invalidité sans profession décédé

Profession de la **mère** :

En activité en retraite au chômage invalidité sans profession décédée

Profession du **conjoint** :

En activité en retraite au chômage invalidité sans profession décédé

1.2. Fratrie (Frères et soeurs)

Nom	Prénom	Né(e) le	Adresse

1.3. Protection juridique de personnes

Êtes-vous sous tutelle ? Oui Non

Êtes-vous sous curatelle ? Oui Non

Êtes-vous sous sauvegarde de justice ? Oui Non

Si oui :

Date du jugement :

Nom du tuteur :

Mesure confiée à : Père Mère Frère Sœur
 Service de tutelle Autre à préciser :

Adresse du tuteur :

Ou du curateur :

.....
Téléphone du tuteur ou du curateur :

.....
Qui est à l'origine de la demande ? :

.....
Si non, une demande au juge de tutelle est elle en cours ? Oui Non

1.4. Scolarité Classique (éducation nationale)

Niveau scolaire le plus élevé atteint/ diplôme	Date	Etablissement

1.5. Scolarité Adaptée (en établissements spécialisés)

Indiquer les établissements fréquentés

Etablissement	Date entrée	Date sortie	Adresse

1.6. Autonomie Financière

Percevez-vous un salaire ? oui Non
Une rémunération ? oui Non
Si oui, indiquez le montant brut : Le montant net :

II - RENSEIGNEMENTS ET SITUATION SOCIALE

2.1. Renseignements sociaux

Sécurité sociale :

Adresse CPAM :
.....

N° SS : Régime :

Assurances diverses / mutuelle :

Nom et adresse :
.....

N° de sociétaire, d'affilié :

Prestations familiales :

Percevez-vous des prestations familiales ? Oui Non

Si oui :

- Allocation d'éducation spéciale
- Allocation compensatrice
- Pension d'invalidité
- Allocation logement
- Aide personnalisée au logement
- Bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.) Oui Non

Date d'attribution (de début) :

Date d'expiration (de fin) :

Autre, à préciser.....

Nom et adresse de la caisse :
.....

N° d'allocataire de votre caisse :

MDPH :

Adresse de la CDAPH :
.....

Téléphone : Fax :

Notification d'orientation – **dossier n°** :

Date de décision (début) : **Date d'expiration** (de fin) :

Décision d'orientation vers :

.....

2.2. Suivi social

Êtes-vous suivi par un service social ? Oui Non

Si oui lequel :

Nom de la personne chargée du suivi :

Nom du service :

L'adresse :

.....

Téléphone :

2.3. Autonomie

Quel est votre mode de logement actuel :

- Chez mes parents Appartement personnel
 Foyer Famille d'accueil
 Hôpital Accueilli(e) dans la famille :.....
 Autre : préciser
- Depuis le :

Savez-vous :

- Lire : Oui Non
Ecrire : Oui Non
Compter : Oui Non
Calculer : Oui Non

Êtes-vous autonome dans vos déplacements :

- A Pieds : Oui Non
En bus : Oui Non
En train : Oui Non
A Vélo : Oui Non

Avez-vous un : Vélo Scooter VL sans permis VL Léger

Avez-vous le permis B : Oui Non

III - RENSEIGNEMENTS ET SITUATION MEDICALE

3.1. * Suivi médical *** réponse obligatoire**

* Êtes-vous suivi (e) par un médecin généraliste ? oui non

Si oui lequel ?

Nom :

Adresse :

.....

N° de téléphone :

* Avez-vous un traitement médical ou une médication journalière ? oui non

Si oui lequel :

.....

3.2. Handicap/difficultés

Souffrez vous d'un ou de plusieurs handicap(s)/difficultés majeur(es) ? oui non

Si oui, lequel/lesquels ?

.....

.....

.....

Etes vous appareillé(e) ? oui non

Le type

d'appareillage :

3.3. Interventions chirurgicales

Avez-vous subi une/des intervention(s) chirurgicale(s) importante(s) ? oui non

Si oui laquelle (lesquelles) ?

..... date :

..... date :

..... date :

..... date :

3.4. Rééducation - Réadaptation

Êtes-vous suivi (e) régulièrement par un spécialiste en réadaptation, rééducation ? oui non

Si oui lequel/laquelle/lesquels ?

Orthophoniste

Kinésithérapeute

Psychologue

Psycho - rééducateur

Ergothérapeute

Autre

Nom :	Nom :
Spécialisation :	Spécialisation :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
Téléphone :	Téléphone :
Nom :	Nom :
Spécialisation :	Spécialisation :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
Téléphone :	Téléphone :

3.5. Allergies

Êtes-vous allergique ? oui non

Si oui : de quelle allergie s'agit – il :

.....

.....

3.6. Autres informations importantes à porter à notre connaissance :

.....

.....

.....

3.6. * Secteur psychiatrique

*** réponse obligatoire**

Êtes-vous suivi par le service d'Hygiène Mental de votre secteur ? oui non

Si oui :

Adresse :
.....
.....
Téléphone :

*Êtes-vous suivi (e) régulièrement par : un médecin psychiatre ? oui non
: un psychologue ? oui non

Si oui :

Nom :
Adresse :
.....
.....
Téléphone :

*Êtes-vous suivi au CMP ? oui non

Prenez vous un traitement médicamenteux régulièrement ? oui non

Si oui, sous quelle forme :

*Avez-vous déjà été hospitalisé en psychiatrie ? oui non

Si oui :

Etablissement	Adresse	Médecin	Date entrée	Date sortie

IV - RENSEIGNEMENTS ET SITUATION PROFESSIONNELLE

4.1. Situation professionnelle actuelle :

En activité Sans emploi sur liste d'attente ESAT recherche d'emploi

Où ?

4.2. Expérience professionnelle :

Avez-vous déjà travaillé chez un employeur ? : oui non

Si oui, dans quel secteur ? Privé Secteur public

Renseignez le tableau ci-dessous :

Entreprise	Tâches effectuées	Adresse	Date entrée	Date sortie

* Avez-vous déjà été admis en établissement de travail protégé ? oui non

Si oui renseignez le tableau ci-dessous :

Nom de l'Esat ou entreprise adaptée	Atelier Activité	Adresse	Date entrée	Date sortie

* réponse obligatoire

J'atteste que les renseignements portés dans ce document sont exacts.

Pour valoir ce que de droit.

Fait à :

Le :

Le demandeur

La famille

Le tuteur

L'établissement

Liste des pièces à joindre à la demande :

Pour une admission en ESAT : X

Pour un stage en ESAT : X

<input type="checkbox"/> Notification d'Orientation MDPH	X X
<input type="checkbox"/> Reconnaissance en qualité de travailleur Handicapé	X X
<input type="checkbox"/> Photocopie carte identité (titre de séjour)	X X
<input type="checkbox"/> Attestation sécurité sociale	X X
<input type="checkbox"/> Photocopie carte invalidité	X
<input type="checkbox"/> Photo identité	X X
<input type="checkbox"/> Photocopie jugement de tutelle (en cours)	X X
<input type="checkbox"/> N° Allocataire CAF	X
<input type="checkbox"/> Photocopie livret de famille	X X
<input type="checkbox"/> Certificat de vaccinations à jour	X X
<input type="checkbox"/> Relevé d'identité Bancaire	X (à fournir si admission)

Si lors de notre première analyse, nous ne pouvons pas donner suite à votre demande, nous vous en informerons par courrier et si vous le demandez, nous vous retournerons les documents transmis au préalable.

Nous vous remercions de votre attention.



ESAT

ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX
PUBLICS DU HAUT-VAR - SALERNES

Zone Artisanale la Baume – 83690 SALERNES – 04.94.85.69.25 – contact@esat-salernes.com - www.ime-sessad-esat-salernes.com