



## Dossier d'admission au service de L'APARt

Madame, Monsieur,

L'APARt est un service d'accompagnement au maintien en santé, au logement, à l'inclusion dans la société pour des personnes souffrant de handicap ou troubles psychiques. L'APARt signifie « Logement Autonome, Plateforme d'Accueil et Réhabilitation ».

Notre équipe se compose de professionnels socio-éducatifs et de santé. Nous travaillons en réseau avec de nombreux partenaires dans le champ du soin, de l'accompagnement social, de l'emploi, du logement...

Pour vous accueillir, nous bénéficions d'une plateforme d'accueil provisoirement située au sein du CHS de l'Yonne, au rez-de-chaussée de l'unité Germain Soufflot, et de logements individuels et en collocation.

- ✓ Vous avez entre 18 et 60 ans ;
- ✓ Vous êtes fragilisé par la maladie mais vous êtes stabilisé et suivi ;
- ✓ Vous souhaitez recouvrer ou développer votre autonomie au quotidien, rompre avec la solitude, l'inactivité ;
- ✓ Vous voulez trouver le succès dans vos projets de vie et êtes motivé pour changer.

L'APARt peut vous correspondre. Pour comprendre au mieux votre situation et vos besoins, nous vous demandons de compléter avec attention ce dossier d'admission.

### Etat civil

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Situation matrimoniale :  célibataire  marié

divorcé  pacsé  veuf  en concubinage

Personne à charge :  enfant(s)  autre : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

Adresse (ou lieu d'habitation) : *appartement, hébergé, sans domicile*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_





### Droits et sécurité sociale

Numéro sécurité sociale : \_\_\_\_\_

CPAM    MSA    Autre

Mutuelle : \_\_\_\_\_

Complémentaire santé solidaire :  oui    non

Médecin traitant : *nom/prénom, organisme, adresse, téléphone, mail*

\_\_\_\_\_

Numéro allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Identifiant Pôle Emploi : \_\_\_\_\_

Avez-vous un suivi social ? \_\_\_\_\_

*Si oui, nom/prénom, organisme, coordonnées*

### Suivi psychiatrique

Médecin psychiatre : \_\_\_\_\_

Suivi Extra-hospitalier ou Intra-hospitalier : *CMP, HJ, CATTP, Hospitalisation...*

\_\_\_\_\_

Nature du suivi : \_\_\_\_\_

Programme de soin :  oui    non

### Mesure judiciaire de protection des majeurs

Mesure de protection :  oui    non

Nature de la mesure :  sauvegarde de justice    curatelle    curatelle renforcée    tutelle

autre : \_\_\_\_\_

Valable jusqu'au : \_\_\_\_\_

Coordonnées du mandataire : *nom/prénom, organisme, adresse, téléphone*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Merci de compléter uniquement les cases correspondant à votre situation

RESSOURCES MENSUELLES	MONTANTS MENSUELS	CHARGES MENSUELLES	MONTANTS MENSUELS
Salaires		Loyer (APL non déduite)	
Prestation Pôle Emploi		Charges locatives	
RSA		Chauffage	
RSA Majoré		Electricité	
AAH		Eau	
Allocation Logement		Assurance Habitation	
Indemnités journalières		Assurance Voiture	
Rente accident de travail		Forfait Téléphonique	
Pension d'invalidité		Impôts sur le revenu	
Allocation soutien familial		Taxe d'habitation	
Complément familial		Taxe Foncière	
Pension alimentaire		Ordures Ménagères	
Allocation Famille		Transports	
PAJE – Allocation de base		Scolarité	
PAJE – Complémentaire Libre choix mode de garde		Garde d'enfant(s)	
PAJE – Complément libre choix d'activité		Plan banque de France	
Autre :		Remboursement de dette/ prêt	
Autre :		Autre :	
Autre :		Autre :	
<b>Total ressources mensuelles :</b>		<b>Total charges mensuelles :</b>	

### Reste à vivre mensuel

Total des ressources – total des charges

=





*Merci de fournir uniquement les documents qui vous concernent et que vous avez en votre possession.  
Les documents rédigés par les professionnels peuvent nous être transmis directement ou vous être remis sous plis confidentiels à notre attention.*

**Pièces à joindre par le demandeur :**

- Photocopie de la Carte Nationale d'Identité **ou** du passeport **ou** du titre de séjour
- Photocopie de la Carte Vitale **et/ou** de la mutuelle
- Attestation de droits à la Sécurité Sociale
- Attestation de paiement Caisse d'Allocation Familiale **ou** Caisse Primaire d'Assurance Maladie **ou** Pôle Emploi **ou** mutuelle.
- 3 derniers bulletins de salaires
- Contrat de travail
- Avis d'imposition N-1 et N-2
- Notification MDPH (AAH, orientation...)
- Jugement (*si mesure de protection*)
- Dernière quittance de loyer **ou** justificatif de domicile **ou** attestation d'hébergement
- CV

**Pièces à joindre par l'institution ou le médecin traitant ou le référent psychiatre ou l'assistant(e) social(e) :**

- Anamnèse ou Projet Personnalisé
- Ordonnance médicale (traitement médicamenteux en cours)
- Courrier médical (antécédents somatiques, traitements en cours, statuts vaccinaux y compris COVID)
- Dernière lettre de liaison
- Fiche de liaison
- Rapport social



Enfin, la partie la plus ennuyeuse est terminée.  
Maintenant, parlons un peu de vous !



## Faisons connaissance !

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire confidentiel a pour objectif de mieux vous connaître et d'apprécier si notre service correspond à vos attentes.

En cas de difficultés, n'hésitez pas à vous faire aider de quelqu'un pour le compléter.



### Pour commencer, comment occupez-vous vos journées ?

Loisirs, centres d'intérêt, occupations

Comment occupez-vous vos journées ?



Travail

Avez-vous un emploi à temps plein ou partiel ? Recherchez-vous un emploi ?  
Avez-vous déjà travaillé ? N'hésitez pas à joindre un CV.

Formations, stages

Avez-vous fait des formations ou des stages ? Si oui, lesquels ?

Etudes

Quel niveau d'étude avez-vous ?



Proches,  
amis, voisins,  
animaux ...



Quelles sont les personnes qui vous entourent ?

Dites-nous qui ? A quelle occasion et à quelle fréquence vous voyez-vous ?

Avez-vous une personne ressource vers qui vous tourner en cas de besoin ?

Nom/prénom, lien de parenté, téléphone.



### En ce qui concerne le logement

Accepteriez-vous de vivre en colocation ?

Oui  Non

Le logement doit-il être adapté à un/des handicap(s)

Oui  Non

Si oui, le(s)quel(s):

Accepteriez-vous un logement sans ascenseur ?

Oui  Non



Accepteriez-vous un logement en rez-de-chaussée ?

Oui  Non

Avez-vous des animaux ?

Si oui, lesquels ?



### Un petit point santé

Pouvez-vous nous parler de votre(vos) maladie(s) ?

De quelle(s) maladie(s) souffrez-vous ? Comment se manifeste(nt)-t-elle(s) ?

Comment la(es) maladie(s) impacte(nt) elle(s) votre vie quotidienne ?

Quelles difficultés rencontrez-vous ?



Socialement ?  
Budget ?  
Logement ?  
Travail ?  
Hygiène ?

Avez-vous ou avez-vous eu une(des) addiction(s) ? (*Tabac, drogues, alcools...*)

Si oui, laquelle ou lesquelles ? Avez-vous un suivi ou avez-vous été suivi ?



L'APAR

Prenez-vous un traitement  
médicamenteux ? Comment  
assurez-vous votre suivi ?

Avez-vous un(des) suivi(s) médical(aux) ?



Comment gérez-vous la prise de vos traitements ?

Seul, pilulier, à l'aide d'un infirmier, par injection ?



Motivations

Qu'aimeriez-vous modifier dans votre quotidien ?





Comment envisagez-vous l'avenir ?

Quels sont vos projets ?

Qu'attendez-vous de l'accompagnement de L'APAR ?

Aurions-nous oublié d'aborder un sujet qui vous tient à cœur ?



Comment avez-vous connu le service ?

Empty rounded rectangular box for user input.

Quelqu'un vous a-t-il aidé à constituer le dossier ?

Empty rounded rectangular box for user input.

**Merci de nous retourner ce dossier en main propre, si cela n'est pas possible par courrier ou par mail.**

**A bientôt !**

**L'APAR<sup>t</sup>**

*Centre Hospitalier Spécialisé de L'Yonne*  
*4 avenue Pierre Scherrer*  
*89000 AUXERRE*

**03 86 94 39 90**

**[lapart@chs-yonne.fr](mailto:lapart@chs-yonne.fr)**



*Les informations recueillies au sein de ce dossier seront enregistrées informatiquement. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données conformément aux recommandations de la CNIL.*