

## RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

*A faire remplir par un travailleur social (Assistante sociale, Educateur, Conseillère en Economie Sociale et Familiale, etc) pour toutes les demandes d'Allocations, de Prestation de Compensation, de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé, d'orientation professionnelle ou scolaire et d'orientation en établissements et services (enfants et adultes).*

**Nom :** ..... **Nom de naissance :** .....

**Prénom :** ..... **Date de naissance :** ..... / ..... / .....

**Adresse :** .....

**Quelles sont les demandes déposées:**

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

## ENTOURAGE FAMILIAL

**Nombre d'enfants vivants au domicile familial :** .....

**Age des enfants et type de scolarité :**

- 
- 
- 
- 
- 
-

## HABITAT ET CADRE DE VIE

Type d'hébergement : Collectif  Individuel

L'habitat est-il adapté au handicap ? Oui  Non

Si non précisez :

.....  
.....

Aménagements **existants** et date d'exécution :

.....  
.....

Aménagements **prévus** ou souhaités :

.....  
.....

Projet de déménagement : Oui  Non

Si oui, à quelle adresse :

.....  
.....

## MOBILITE DANS VOTRE VIE QUOTIDIENNE

Permis de conduire : Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

Si non, pourquoi ? : .....

Véhicule personnel : Oui  Non

Si oui, de quel type ? (aménagements le cas échéant)

.....

Si non, quel mode de déplacement est alors utilisé ?

.....

Le handicap est-il compatible avec les déplacements ? Oui  Non

Périmètre de mobilité : ..... mètres

Besoins spécifiques concernant les déplacements : *techniques, aides humaines transports spécialisés*

.....  
.....

Un éloignement géographique pour un emploi, une formation ou une scolarité est-il envisageable ?

Oui  Non

**AIDES MISES EN ŒUVRE ACTUELLEMENT**

**Type d'aide** ou de présence de l'entourage personnel : *famille, amis, associations...*

Oui  Non  Précisez : .....

**Interventions de professionnels** : *service à la personne, accueil familial, SAVS, SAMSAH, CAMSP, SESSAD, ASE, sauvegarde...*

Oui  Non

Si oui, lesquels, selon quelle fréquence, et nom des personnes référentes ?

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

**Prise en charge sanitaire** : *Hospitalisation, suivi ambulatoire, autre suivi médical, CMP, Kiné, soins infirmiers...*

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

**La situation de handicap a-t-elle évoluée** depuis le dernier dossier déposé à la MDA ?

Oui  Non  Une opération ou hospitalisation est-elle prévue ? Oui  Non   
Si oui , précisez la date:

**Protection juridique** : Oui  Non

Si oui, de quel type et nom du référent :

.....  
.....

**Accompagnement par d'autres dispositifs** :

Cap Emploi  AFPA  Mission Locale  Pôle emploi  SAP  Autres

Si autres, précisez : .....

**Suivi par un travailleur social** : Oui  Non

Si oui, précisez lequel : .....  
Nom du référent : .....

**Le bénéficiaire autorise-t-il l'équipe pluridisciplinaire de la MDA à prendre contact avec le travailleur social cité ci-dessus ?**

Oui  Non

**Retentissement du handicap dans la vie quotidienne :**

*Vie familiale, sociale, professionnelle, environnement, actes essentiels de la vie, autonomie...*

Si besoin décrire une journée type :

---

**Avis du travailleur social :**

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

Date : ...../ ..... /.....

**Cachet de l'organisme et signature du travailleur social**