



## Saisine du dispositif d'orientation permanent de la MDPH des Hautes-Alpes dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)

### Formulaire à retourner à la MDPH 05

par courrier : 29, bis avenue du Commandant Dumont - 05000 GAP

par mail : [rapt@mdph.hautes-alpes.fr](mailto:rapt@mdph.hautes-alpes.fr)

**La MDPH des Hautes-Alpes dans le cadre de la démarche « une Réponse Accompagnée Pour Tous » (RAPT), s'est engagée à mettre en œuvre le Dispositif d'Orientation Permanent (DOP).**

Le Chargé de Mission parcours après évaluation et complément d'information si nécessaire, adressera un accusé de réception au demandeur ainsi qu'à la personne elle-même ou son représentant légal. Ce dernier mentionnera l'orientation qui semble à priori la plus adaptée à la saisine. La complétude minutieuse du présent document est donc importante.

À compter de janvier 2018, les situations rentrant dans le cadre des critères suivant seront étudiées en Groupement Opérationnel de Synthèse (GOS) de façon prioritaire :

- Amendement CRETON : jeune majeur en attente d'entrée en établissement ;
- Besoins de la personne handicapée qui ne peuvent être couverts par une réponse unique (dans un établissement / un accueil familial / un service). L'idée est d'être sur du modulaire et du complémentaire pour les personnes à la frontière d'une prise en charge ;
- Enfants accueillis à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) avec une notification Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et sans solution ;
- Parents vieillissants pour lesquels l'accueil de la personne handicapée devient problématique du fait du contexte ;
- Déscolarisation associée à une autre problématique (familiale, mobilité, accessibilité).

Le GOS réunit des professionnels (médico-social, établissements et services, soins, logements...), susceptibles d'apporter une partie des solutions pour le parcours de vie de la personne, de façon temporaire ou permanente. Ce groupe élaborera un Plan d'Accompagnement Global (PAG) qui définira une prise en charge temporaire et alternative à l'orientation prévue ou permettra la réalisation de l'orientation initiale. La personne en situation de handicap ou son représentant participe au GOS.

Afin d'évaluer si la situation d'une personne relève de l'organisation d'un GOS, il est nécessaire d'en retracer son évolution à travers un bilan (historique de son parcours, lieu de vie actuel, entourage familial, intervenants sociaux, médico-sociaux, soins, besoins couverts et non couverts, échecs de démarches ...). Ces éléments seront confidentiels et partagés en entre acteurs du GOS. C'est pourquoi le consentement de la personne est indispensable à l'étude de la situation.

Le PAG sera présenté pour notification en CDAPH.

Date de la demande :

**Votre Orientation(s) notifiée(s) par la Commission Départementale de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)**

Date de la notification CDAPH :

N° de dossier MDPH (*si connu*) :

**Coordonnées la personne concernée**

NOM / Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Hébergé(e) par :

Institution de résidence :

Situation familiale :  Seule     En couple     En famille

**Qui fait la demande ?**

Vous-même

Votre (vos) représentant(s) légal / légaux

NOM / Prénom :

Coordonnées :

NOM / Prénom :

Coordonnées :

Un professionnel

NOM / Prénom :

Structure :

Coordonnées :

Autre

NOM / Prénom :

Structure :

Coordonnées :

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagnée dans cette démarche :

Vous ou votre représentant légal a donné son consentement à la transmission de cette fiche et au partage d'informations entre les différents acteurs :

Oui (volet de consentement signé)     Non     Volet de consentement en cours de signature

**Quels sont les intervenants autour de votre situation ?**

(Préciser les coordonnées de chacun.)

Médico-social :

Sanitaire :

Éducation Nationale :

Social :

Autre :

**Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ?**

Oui

Non

En cours

Si oui, préciser :

Tutelle

Curatelle simple ou renforcée

Sauvegarde de justice/mandat spécial

Nom et prénom de la personne assurant la mesure de protection :

Coordonnées :

**Quels sont vos problèmes et vos besoins ?**

Quelles sont les problématiques rencontrées justifiant la demande ?

Besoins exprimés par la personne :  Oui  Non

Besoins repérés :  Oui  Non

Par qui ?

**Description de votre situation actuelle :**

Où vivez-vous ? Quel est votre quotidien, vos activités ?

**Description de vos besoins :**

Quels sont vos besoins, quels sont ceux couverts et comment ? Quels sont ceux non couverts et pourquoi ? Quelles démarches ont été engagées pour y répondre ?

**Description des difficultés rencontrées (ou rencontrées par votre entourage) :**

Où se situe la ou les difficulté(s) au quotidien ? Quelles démarches ont été engagées pour y pallier ?

**Quelle est votre demande /ou celle de votre entourage ?**

**Formulaire à retourner à la MDPH 05**

- par courrier : 29, bis avenue du Commandant Dumont - 05000 GAP

- par mail : [rapt@mdph.hautes-alpes.fr](mailto:rapt@mdph.hautes-alpes.fr)

**N'oubliez pas de remplir, imprimer et signer le formulaire de consentement ci-après afin de le joindre à votre dossier.**

**Consentement\* à l'étude de la situation et à l'échange d'informations concernant la personne entre les intervenants associés à la recherche de solutions dans le cadre du Dispositif d'orientation Permanent de la RAPT des Hautes-Alpes**

Je soussigné(e),

Prénom :

NOM :

Le cas échéant, organisme :

Demandeur

Père      Mère      Représentant légal de :

Prénom :

NOM :

- Atteste avoir pris connaissance du contenu de cette demande.
- Autorise les professionnels de la MDPH et les partenaires associés à la recherche de solutions à échanger les informations individuelles nécessaires au traitement de la situation par tous moyens (échanges oraux, écrits, dématérialisés...)

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

**Pour un mineur :**

Signature du père

Signature de la mère

(\*) Sous réserve de l'accord préalable de la personne handicapée ou de son représentant légal, l'équipe pluridisciplinaire peut échanger avec les professionnels intervenant dans l'accompagnement sanitaire et médico-social de la personne handicapée ( [article L.241-10 du CASF](#)).