



ESAT Sud-Loire

Établissement et Service d'Aide par le Travail

**DEMANDE de STAGE
et / ou
d'ADMISSION**

4 Rue de l'Artisanat - ZI de Beau Soleil
44450 Saint-Julien-de-Concelles
Tél. 02 40 58 40 40 (choix 4)
esat@psyactiv.fr



Psy'Activ

Dans ce dossier vous trouverez :

- La fiche de renseignements à compléter
- La liste des documents à fournir
- Les informations relatives à la désignation d'une personne de confiance
- Un formulaire d'autorisation de diffusion de l'image

Bienvenue à l'ESAT Sud-Loire

Toute l'équipe vous souhaite la bienvenue :

Directrice

Mme Delphine ROUSSELET

Assistante administrative

Mme Amandine GUILBAULT

Coordinateur des ateliers

M. Régis THIEVIN

Accompagnatrice sociale

Mme Anne Cécile PINEAU

Moniteurs d'atelier

M. Yannick BREGEON

M. Julien ROGER

M. Yves FLEURANCE

M. Olivier LETURMY

M. Pascal LEROUX

Ergothérapeutes

Mme Emma AUBRY

Mme Sandra HARFAUX

Chargé d'Insertion Professionnelle

M. Jimmy MESSE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

I. ADMINISTRATIF

ÉTAT CIVIL

Nom : Prénom :

Né(e) le : À :

Nationalité :

Numéro de Sécurité Sociale : CPAM MSA

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : Mobile :

Email :

N° allocataire CAF : Mutuelle :

Votre situation :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Séparé/Divorcé(e) Autre

Avez-vous des enfants ? Oui Non

Si oui : Ages(s) :

MDPH

N° dossier MDPH : Département :

Orientation ESAT : Validité : du / / au / /

RQTH : Validité : du / / au / /

AAH : Validité : du / / au / /

Accompagnement SAVS Validité : du / / au / /

Accueil en foyer d'hébergement Validité : du / / au / /

TRANSPORT

Quel est votre moyen de transport pour venir à l'ESAT ?

À pied

Transports en commun

Voiture

Précisez si : VL sans permis

Vélo

Scooter / mobylette

Avez-vous le **permis de conduire** ?

Oui

Non

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Etes-vous suivi ou accompagné (SAVS, SAMSAH, foyer d'hébergement, Assistante sociale ...) ?

Oui

Non

Si oui :

1.

Nom du référent :

Organisme :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Adresse email :

2.

Nom du référent :

Organisme :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Adresse email :

III. SANTE

SUIVI MEDICAL

Etes-vous suivi ou accompagné (médecin traitant, psychiatre, CMP, infirmiers) ?

Oui

Non

Si oui :

1.

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Adresse email :

2.

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Adresse mail :

Bénéficiez-vous d'une prise en charge ALD (Affection de Longue durée) : Oui Non

IV. PROFESSIONNEL

SCOLARITÉ / FORMATION

Quel est votre niveau d'étude ? Primaire Secondaire Supérieur

Avez-vous obtenu des diplômes ? Oui Non

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

.....

EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE / PARCOURS

Quel est votre dernier emploi (dates) ?

.....

Avez-vous déjà exercé dans les domaines d'activité professionnelle de l'ESAT Sud-Loire :

Viticulture ? Oui Non

Espaces verts ? Oui Non

Avez-vous déjà travaillé ou effectué des stages en ESAT ? Oui Non

Si oui, merci de joindre une copie de vos bilans de stage.

V. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES RELATIVES À VOTRE ADMISSION

Quel est votre **temps de travail** souhaité ?

Temps plein (35h hebdomadaire)

Temps partiel

Etes-vous ?

Droitier

Gaucher

Quelle est votre **pointure** ?

Taille de vêtement : S M L XL XXL

Souhaitez-vous bénéficier des **repas** commandés par l'ESAT pour vos repas du midi ?

(Fournit gratuitement pendant les stages) :

Oui

Non

Souhaitez-vous que les représentants des familles membres du **Conseil à la Vie Sociale de l'ESAT** puissent communiquer avec l'un de vos proches désignés ?

Oui

Non

Si oui, nom de la personne :

Lien (famille, amis ...) :

Adresse mail :

Acceptez-vous que l'ESAT consulte la décision d'orientation transmise par la MDPH sur le site **Via Trajectoire** ?

Oui

Non



DOCUMENTS À FOURNIR POUR LE DOSSIER D'ADMISSION

- Fiche de renseignements complétée
- Copie de la carte nationale d'identité
- Copie de la notification MDPH d'Orientation ESAT en cours de validité
- Copie des autres notifications MDPH en cours de validité (RQTH, AAH, SAVS...)
- Copie de la notification de mesure de protection juridique (le cas échéant)
- Copie de la carte vitale et de l'attestation de droits
- Copie de la mutuelle
- Copie du permis de conduire (le cas échéant)
- Copie des pages du carnet de santé renseignant les vaccins
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- 1 photo d'identité
- 1 RIB
- 1 CV
- Formulaire de désignation de la personne de confiance
- Formulaire d'autorisation de diffusion de l'image
- Copie de vos bilans de stages des autres ESAT (le cas échéant)

AUTORISATION DE DIFFUSION ET PUBLICATION D'IMAGE

Je soussigné Monsieur

Adresse,.....

Code postal Ville

Autorise l'ESAT Sud-Loire – Association Psy'Activ, à me photographier et me filmer dans le cadre des différents événements et activités organisés par l'ESAT Sud-Loire et l'Association Psy'Activ.

J'autorise l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'ESAT Sud-Loire et l'Association Psy'Activ, ainsi que sa reproduction sur quelque support papier ou numérique actuel ou futur et ce ainsi que sur le site internet, pour la durée de vie de l'ESAT Sud-Loire et de l'Association Psy'Activ.

Le à

Nom PRENOM

Signature :

NOTICE D'INFORMATION RELATIVE A LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Artiche D.311 – 4 du Code de l'Action Sociale et des Familles

La loi donne le droit à toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

Quel est son rôle ?

Accompagnement et présence

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- > Etre présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher votre consentement à être accueilli dans l'établissement d'hébergement (en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui et, chaque fois que nécessaire, du médecin coordonnateur si la structure d'accueil est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Elle sera la seule personne de votre entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien.
- > Vous accompagner dans vos démarches liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.
- > Assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale.

Aide pour la compréhension de vos droits

Votre personne de confiance sera consultée par l'établissement ou le service qui vous prend en charge au cas où vous rencontriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits. Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions. Par ailleurs, lors de la désignation de la personne de confiance du code de l'action sociale et des familles (dans le cadre de votre prise en charge sociale ou médico-sociale), si vous souhaitez que cette personne exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique (concernant les usagers du système de santé, par exemple, en cas d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie...), vous devrez l'indiquer expressément dans le formulaire de désignation. La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations qui vous concernent.

Qui peut la désigner ?

Cette faculté est ouverte à toute personne majeure prise en charge par une structure sociale ou médico-sociale. **C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation: vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.**

Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice lorsqu'un mandataire spécial a été désigné, tutelle, curatelle) pour les actes relatifs à la personne, la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles.

Qui peut être la personne de confiance ?

Vous pouvez désigner toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant.

Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission.

Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer de sa portée.

La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation.

A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation.

Il convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

Quand la désigner ?

Vous pouvez la désigner lorsque vous le souhaitez. Lors du début d'une prise en charge sociale ou médicosociale, qu'elle soit effectuée par un service ou dans un établissement d'hébergement, il vous sera proposé, si vous n'aviez désigné personne auparavant, de désigner une personne de confiance.

Il est possible que vous ayez déjà désigné une personne de confiance pour votre santé, notamment au cours d'une hospitalisation, avant votre début de prise en charge sociale ou médico-sociale.

Cette personne n'est pas automatiquement autorisée à être votre personne de confiance pour votre prise en charge sociale ou médico-sociale.

Il vous sera donc nécessaire, si vous souhaitez que cette même personne soit également votre personne de confiance dans le cadre de votre prise en charge sociale et médico-sociale, de procéder à une nouvelle désignation. La désignation de la personne de confiance du secteur social et médico-social est valable sans limitation de durée, sauf si vous l'avez nommée pour une autre durée plus limitée.

Comment la désigner ?

La désignation se fait par écrit. Il est préférable d'utiliser le formulaire fourni par l'établissement, mais vous pouvez aussi le faire sur papier libre, daté et signé en précisant bien le nom, le prénom et les coordonnées de la personne de confiance.

La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire ou, le cas échéant, le document. Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment. Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour la désignation.

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

Comment faire connaître ce document et le conserver ?

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer la structure et l'équipe de prise en charge que vous avez désigné une personne de confiance, afin qu'ils connaissent son nom et ses coordonnées, et d'en donner une copie.

Il est souhaitable d'en tenir vos proches informés. Il peut être utile de conserver le document de désignation avec vous.



ATTESTATION RELATIVE À L'INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné

Nom et prénom : Delphine ROUSSELET

Fonction dans l'établissement : Directrice

atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom :

Né(e) le à

Attestation signée à Saint-Julien-de-Concelles, le

Signature du directeur ou de son représentant :

Co signature de la personne accueillie :



FORMULAIRE A DESTINATION DES TEMOINS À DESTINATION DES PERSONNES DANS L'IMPOSSIBILITE D'ECRIRE SEULE

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

1. Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance
2. Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

Témoïn 1 :

Je soussigné(e)
Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la désignation de :

Nom et prénom :

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom :

Fait à

le

Signature du témoin :

Co signature de la personne de confiance :

Partie facultative

Je soussigné(e)
Nom et prénom :

atteste également que:

Nom et prénom :

Témoïn 2 :

Je soussigné(e)
Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la désignation de :

Nom et prénom :

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom :

Fait à

le

Signature du témoin :

Co signature de la personne de confiance :

Partie facultative

Je soussigné(e)
Nom et prénom :

atteste également que:

Nom et prénom :

Témoïn 1 :

Je soussigné(e)
Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que :

Nom et prénom :

A mis fin à la désignation de

Nom et prénom :

Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles;

Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la

Témoïn 1 :

Je soussigné(e)
Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que :

Nom et prénom :

A mis fin à la désignation de

Nom et prénom :

Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles;

Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Mentionnée à l'article L. 311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Né(e) le à

Désigne

Nom et prénom :

Né(e) le à

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse:

.....

Téléphone fixe professionnel portable

E-mail :

comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Fait à, le

Signature :

Co signature de la personne de confiance :



FORMULAIRE DE RÉVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Mentionnée à l'article L. 311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Né(e) le à

Met fin à la désignation de

Nom et prénom :

Né(e) le à

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse:

Téléphone fixe professionnel portable

E-mail :

comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Fait à, le

Signature :



PRINCIPALES MISSIONS DE LA PERSONNE DE CONFIANCE DANS LE SYSTEME DE SANTÉ

mentionnée à l'article L.-1111-6 du Code de la Santé Publique

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (*par exemple, en cas d'hospitalisation*), la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique peut exercer les missions suivantes.

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement.

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- > vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- > assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
- > prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale.

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie.

A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche serait consulté.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas d'une contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera.

Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.