

***Si le demandeur souffre d’un handicap psychique, il peut remplacer le cadre B de la page 4 du formulaire de demande par ce document.***

Pas-de-Calais

**Maison Départementale**  
des Personnes Handicapées  
Groupement d'Intérêt Public

MON PROJET DE VIE, MES BESOINS, MES ATTENTES

**Nom** ……………………………………………… **Prénom**…………………………………………

**N° dossier MDPH :** …………………..… Adresse : ……………………………………………..………………………..….

……………………………………………………………………………………………………………………………..……..…

Compte tenu des difficultés que je rencontre pour réaliser des activités qui correspondent à mes aspirations, je souhaite que la M.D.P.H. examine ma situation et qu’elle m’aide à trouver des solutions pour améliorer ma vie quotidienne et/ou retrouver une activité professionnelle.

# MA SITUATION

Je suis non célibataire non mari é(e) non pacsé(e) non en concubinage non séparé(e) non divorcé(e)

Je vis non seul(e) non en couple/avec mes enfants non avec un(e) ami(e) non chez des membres de ma famille

non Je dispose d’un logement indépendant

non Je suis hébergé(e) au domicile non de mes parents âgés de ……… non d’un(e) ami(e)

non Autre………………………………………………………………………………………………….

Mes ressources actuelles sont de…………………...€ par mois qui correspondent à ……………… (AAH, Ind Jour, RSA ….. .)

non Je travaille : non en E.S.A.T. (milieu protégé) non en entreprise adaptée non en entreprise/administration avec un

CDI ou un CDD non autres ………………………………………………………………………………………………..

non Je ne travaille pas

Mon niveau scolaire et de formation est : ………………………………………………………….……………………………

Mon expérience professionnelle (dont stages) est la suivante :

* Emploi de……………………………………………….... durant……………………………………………
* Emploi de…………………………………………………..durant……………………………………………

Mon dernier emploi s’est terminé le ………………………………………………….

J’ai déjà bénéficié de décisions de la MDPH) non Oui non Non

Si OUI, lesquelles ? ………………………………………………………………………………………………......................

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

## ACTIVITES POUR LESQUELLES J’AI BESOIN D’UN SOUTIEN

* **J’ai besoin d’un soutien dans ma vie quotidienne :**

non Pour avoir une hygiène corporelle régulière

no Pour avoir des vêtements mieux entretenus et mieux adaptés au climat

non Pour avoir une alimentation mieux équilibrée

non Pour préparer mes repas

non Pour entretenir mon logement

non Pour me protéger des intrusions

non Pour apprendre à me protéger des abus de toutes sortes (abus de ma personne, vols, sectes….)

non Pour gérer mon argent

non Pour répondre à mes obligations (loyers, assurances, impôts….)

non Pour ne pas oublier de prendre mes médicaments

non Pour avoir un suivi médical régulier

non Pour prendre des décisions (choisir une activité de détente, un sport, programmer une sortie …..)

non Autres…………………………………………………………………………………………………………………………..

* **J’ai besoin d’un soutien lors de mes déplacements**

non Pour sortir de mon domicile

non Pour utiliser les transports en commun

non Pour conduire un véhicule

non Pour effectuer des démarches administratives

non Pour me rendre à mes rendez-vous (CMP, médecins, ……)

non Pour faire des courses en ville

non Pour m’aider à respecter les horaires

non Autres……………………………………………………………………………………………………………………………

* **J’ai besoin d’un soutien dans mes relations avec autrui**

non Pour affronter des situations et des relations génératrices de stress, d’angoisse, de fuite….

non Pour participer à la vie sociale, aux loisirs, à la vie culturelle, aux sports, aux cultes, etc…

non Pour éviter une perte de contact avec ma famille, mes amis,

non Pour éviter la peur d’être mal jugé

non Pour affronter le regard des autres et éviter le repli sur moi-même

non Pour m’aider à reconnaître ma maladie

non Autres…………………………………………………………………………………………….……………………………

* **J’ai besoin d’un soutien dans ma vie intellectuelle**

non Pour une remise à niveau de mes connaissances générales

non Pour une information sur les possibilités d’évaluation de mes compétences (y compris professionnelles)

non Pour certains apprentissages (permis de conduire, CAP, BEP, ………)

non Autres…………………………………………………………………………………………………………………

## LES AIDES DE MON ENTOURAGE

* non **Je ne reçois pas d’aide parce que :** non **je me débrouille seul(e)**

non **Je suis isolé(e)** (pas d’amis, pas de famille proche, …)

* non **Je reçois de l’aide par :** non ma famille non un(e) ami(e) non un travailleur social non une aide à domicile

**Ces aides me sont actuellement apportées pour :**

non stimulation pour la toilette

non préparation des repas

non entretien du linge

n o entretien du logement

non gestion de mon budget

non accompagnement dans les démarches administratives non chez le médecin

non accompagnement dans certaines activités - Lesquelles ?..........................................

non pour faire les courses

## MES ATTENTES

Pour que j’acquière une autonomie, il me faut un véritable accompagnement

non Je souhaite qu’un service d’accompagnement ou une institution prenne le relais de ma famille

non Je souhaite être orienté(e) vers un établissement d’accueil spécialisé (collectif)

non Je souhaite accéder à un logement indépendant avec suivi par un service d’accompagnement à domicile

non Je souhaite un soutien médico-psychologique plus fréquent

non Je souhaite des ressources complémentaires

non Je souhaite entrer dans une démarche d’insertion professionnelle avec évaluation de mes capacités

non mes souhaits concernant la vie professionnelle, quotidienne, familiale ………………………………….……………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*Pour recueillir les informations utiles à l’évaluation de ma situation, j’autorise la M.D.P.H. à prendre contact avec la personne que je désigne ci-dessous :*

**Madame, Mademoiselle, Monsieur** ……………………………………………………..…………….………………………

Domicilié(e)…………………………………………………………………………………………………………………………

Tél:……………………………………………………………………………………………………………………..……………

Lien de parenté éventuel……………………………………………….…………….

Fait à ………………………………………………… le …………………………….

#### Signature du demandeur