### MDPH - Le logo

### DEMANDE DE MISE EN PLACE

### D’UN PLAN D’ACCOMPAGNEMENT GLOBAL (PAG) :

|  |
| --- |
| La MDPH 92 s’est engagée à s’inscrire dans la démarche « d’une réponse Accompagnée pour Tous ».  Dans ce cadre, si un usager se trouve dans l’une des situations suivantes :   * Situation critique : absence de prise en charge et notion de mise en danger * Situation complexe : la situation nécessite une réponse sur mesure, multiple, faisant appel à plusieurs partenaires, et la couverture des besoins est insuffisante pouvant entrainer un risque de rupture de prise en charge. * Départ ou maintien en Belgique   La situation peut relever de la mise en œuvre d’un PAG (Plan d’accompagnement global) qui définira les alternatives à mettre en place et les interventions les plus adaptées dans l’attente de la mise en place de la solution cible.  Les demandes de PAG seront analysées par l’équipe du Dispositif Intégré du Handicap porté par la MDPH qui évaluera si la situation relève de l’organisation d’un GOS (groupe opérationnel de synthèse).  Ce document est à retourner à : DIH - MDPH 92 2 rue Rigault 92016 Nanterre ou dih@hauts-de-seine.fr |

**Date de la demande :**

**Coordonnées du service (ou de la personne) demandeur :**

Nom – Prénom : Fonction/Service :

Coordonnées (téléphone/mail) :

**Informations concernant l’intéressé(e):**

Nom – Prénom : Date de naissance :

Numéro INDIVIDU MDPH :

**Représentant légal :**

Nom-Prénom :

Adresse :

Téléphone/mail :

Mesure de protection en cours : Tutelle  Curatelle :  Sauvegarde  Autre :

**Situation de l’intéressé(e) motivant la demande en précisant les difficultés voire les éléments de mise en danger identifiés pour la personne et ou sa famille :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

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

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

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

**Préciser son parcours :** …………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

**Besoins de la personne : préciser les besoins couverts, ceux non couverts et pourquoi, les démarches engagées pour y répondre : (pour la description des besoins merci de remplir le tableau en annexe)**

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

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

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

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

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

**Demande de la personne et/ou de son entourage :**

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

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

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

**Intervenants impliqués dans l’accompagnement de la personne concernée (professionnels ou non):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom - Prénom | Coordonnées  ( tel +mail) | Nature de l’accompagnement | Date de début de prise en charge |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Merci de préciser si la situation est connue de :

-l’UMI (Unité mobile interdépartementale 75/92 TSA): oui non

-l’EHRH (Equipe ressources handicap rares) : oui non

|  |  |
| --- | --- |
| **Descriptifs des Besoins :** | **niveau** |
| **Besoins en matière de santé somatique ou psychique** |  |
| 1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux |  |
| 1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles |  |
| 1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur |  |
| 1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire |  |
| 1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire |  |
| 1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique et endocrinienne |  |
| 1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives |  |
| 1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices |  |
| 1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées |  |
| 1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé |  |
| **Besoins en matière d’autonomie** |  |
| 1.2.1.1 – Besoins en lien avec l’entretien personnel |  |
| 1.2.1.2 – Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui |  |
| 1.2.1.3 – Besoins pour la mobilité |  |
| 1.2.1.4 – Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité |  |
| **Besoins pour la participation sociale** |  |
| 1.3.1.1 – Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté |  |
| 1.3.2.1 – Besoins pour vivre dans un logement |  |
| 1.3.2.2 – Besoins pour accomplir les activités domestiques |  |
| 1.3.3.1 – Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante |  |
| 1.3.3.2 – Besoins en lien avec le travail et l’emploi |  |
| 1.3.3.3 – Besoins transversaux en matière d'apprentissages |  |
| 1.3.3.4 – Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle |  |
| 1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant |  |
| 1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale |  |
| 1.3.4.2 – Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport |  |
| 1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique |  |

**Légende** :

NE non évalué

PBR : pas de besoin repéré

+ : Besoin présent

++ : Besoin important

+++ : Besoin très important

|  |
| --- |
| Volet à remplir par la personne en situation de handicap ou son représentant légal |

|  |
| --- |
| Consentement\* à l’étude de la situation  et à l’échange d’informations concernant la personne en situation de handicap entre les intervenants associés à la recherche de solutions  dans le cadre du Plan d’Accompagnement Global (PAG) :  Je soussigné(e),  Prénom :  Nom :  Le cas échéant, organisme :  Père, Mère, Représentant légal (barrez les mentions inutiles) de :  Prénom :  Nom :  🞏 Atteste avoir pris connaissance du contenu de cette demande  Sollicite la mise en place d’un PAG  🞏 Autorise les professionnels de la MDPH / DIH et les partenaires associés à la recherche de solutions dans le cadre du PAG à échanger les informations individuelles nécessaires au traitement de la situation par tout moyen.    Fait à :  Le :  Signature :  **\***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*](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=3DD19D2565FA9E5F957C38175EF63B74.tpdjo06v_3?idArticle=LEGIARTI000024423269&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20110803&categorieLien=id)) |

|  |
| --- |
| **Analyse de l’équipe pluridisciplinaire d’évaluation :(cadre réservé au DIH)** |
| Date d’étude de la demande :  GOS à programmer : oui non  Si non, pour quel(s) motif(s) : |

**Emploi du temps hebdomadaire des intervenants et interventions :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** | **Samedi** | **Dimanche** |
| Matin | Matin | Matin | Matin | Matin | Matin | Matin |
| Midi | Midi | Midi | Midi | Midi | Midi | Midi |
| Après-midi | Après-midi | Après-midi | Après-midi | Après-midi | Après-midi | Après-midi |
| Soir | Soir | Soir | Soir | Soir | Soir | Soir |
| Nuit | Nuit | Nuit | Nuit | Nuit | Nuit | Nuit |
| Transports ? | Transports ? | Transports ? | Transports ? | Transports ? | Transports ? | Transports ? |

**Démarches entreprises :**

Indiquer toutes les structures sollicitées et les réponses obtenues.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Structure contactée** | **Date**  JJ/MM/AA | **La structure a-t-elle apporté une réponse écrite ?** | | |
| OUI/NON | Inscrit sur la liste d’attente depuis le  JJ/MM/AA | Motifs du refus le cas échéant |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***Merci de joindre les courriers reçus****.*