

# RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS (RAPT)

## DEMANDE DE PLAN D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL (PAG)



| La demande de PAG                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Pour qui ?</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vous êtes en situation de handicap ou son représentant légal,</li> <li>Et vous n'arrivez pas à mettre en place le plan de compensation proposé par la CDAPH (orientation médico-sociale)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>Dans quel but ?</p>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Eviter que vous ne soyez <b>sans aucune solution</b></li> <li>En cas de <b>risque de rupture de parcours</b></li> <li>Si la prise en charge est particulièrement <b>complexe</b></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Quand ?</p>                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Après avoir entrepris toutes les démarches proposées par la CDAPH,</li> <li><b>Lorsque ces démarches sont restées infructueuses</b></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p>Comment ?</p>                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Par un courrier à la MDPH : 15 bd Jean Moulin - 16000 ANGOULEME</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>Qui s'en occupe ?</p>                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>La MDPH 16 étudie votre demande en instance pluridisciplinaire</li> <li>Un professionnel de la Communauté 360 <sup>(1)</sup> pourra vous contacter pour vous aider à définir votre demande ou préciser votre situation</li> <li>Les éléments sont instruits de manière à garantir la confidentialité</li> <li>Vous serez informé(e) des suites données en fonction des démarches déjà entreprises et des critères prioritaires d'accompagnement définis par la COMEX de la MDPH <sup>(2)</sup></li> </ul> |
| <p>Quelle réponse ?</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Proposer d'autres pistes d'accompagnement</b></li> <li><b>construire une réponse temporaire avec ces pistes</b></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>A savoir</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>La demande ne permet pas un accès plus rapide en structure</b></li> <li>Vous pouvez vous faire aider sans attendre : la Communauté 360 <sup>(1)</sup> ou un travailleur social peut vous accompagner.</li> <li>Il est important de bien compléter le document : c'est ce qui permettra de faire des propositions adaptées</li> </ul>                                                                                                                                                                   |

# Formulaire de demande de PAG

## **Identité de la personne concernée :**

NOM/ Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Orientation(s) CDAPH en cours :

- ..... - .....
- ..... - .....
- ..... - .....

## **Représentant(s) légal/légaux :**

NOM/ Prénom : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Courriel : .....@.....

☐ Parents ☐ Autre : préciser le type de mesure de protection juridique : .....

☐ ASE..... ☐ Tutelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Curatelle simple ☐ Autre : .....

## **Professionnels intervenants dans la situation :** *(Préciser les coordonnées de chacun)*

☐ Educatif : .....

.....

☐ Sanitaire : .....

.....

☐ Paramédical : .....

.....

☐ Social : .....

.....

☐ Scolaire *(nom de l'établissement fréquenté + lieu)*: .....

.....

☐ Loisirs : .....

.....

☐ Autre : .....

.....

# **Emploi du temps hebdomadaire de la personne et des interventions**

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

**1/ Quelles sont les décisions CDAPH non mises en œuvre :**

.....  
 .....

**2/ Quelles sont les conséquences sur votre vie quotidienne, familiale ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?**

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

.....

.....

.....

.....

**Quelles sont les conséquences sur votre parcours (scolaire, soins, etc) ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 3/ Quelles démarches ont été entreprises ?

- **En structure :**

Indiquer les structures sollicitées et les réponses obtenues depuis la dernière notification.

**Joindre impérativement les justificatifs des démarches (courriers, mails)**

| Structure contactée | Date                | La structure a-t-elle apporté une réponse écrite ?           |                             |                                |
|---------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
|                     |                     |                                                              | En liste d'attente depuis : | Motifs du refus le cas échéant |
|                     | .... / .... / ..... | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | .... / .... / .....         |                                |
|                     | .... / .... / ..... | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | .... / .... / .....         |                                |
|                     | .... / .... / ..... | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | .... / .... / .....         |                                |
|                     | .... / .... / ..... | <input type="checkbox"/> oui<br><input type="checkbox"/> non | .... / .... / .....         |                                |

- **En plus des demandes de structure :**

Indiquer le cas échéant les aménagements scolaires, la PCH (prestation de compensation du handicap), l'aide du PCPE (Pôle de prestations et de compétences externalisées), de la Communauté 360, du territoire d'action sociale, etc

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4/ Quels sont vos besoins, vos attentes ?**

☐ Educatif : .....

.....

☐ Soins : .....

.....

☐ Social : .....

.....

☐ Scolaire : .....

.....

☐ Répit : : .....

.....

☐ Loisirs : .....

.....

☐ Insertion professionnelle: .....

.....

☐ Autre : .....

.....

.....

.....

- ☐ Je certifie que l'ensemble des informations communiquées sont exactes.
- ☐ Je certifie avoir pris connaissance des informations relatives au traitement de mes données personnelles <sup>(3)</sup>
- ☐ J'autorise les professionnels de la MDPH et les partenaires associés à la recherche de solutions à échanger les informations individuelles nécessaires au traitement de ma demande de PAG par tous les moyens (échanges oraux, écrits, dématérialisés, etc.)
- ☐ J'autorise un professionnel de la Communauté 360 <sup>(1)</sup> à me contacter si besoin pour m'aider à définir ma demande ou préciser ma situation.

Date : .....

**Signature de la personne  
et/ou de son représentant légal**

(1) La **Communauté 360** est un partenaire de la MDPH. Elle peut vous aider à trouver des solutions de proximité et vous soutenir dans vos démarches. Vous pouvez la contacter au **0 800 360 360** (numéro vert)

(2) Critères validés par la COMEX, instance décisionnaire de la MDPH, le 25 avril 2018

- Les personnes (enfants et adultes) bénéficiaires d'une orientation médico-sociale non effective ou bien présentant un risque de rupture dans leurs parcours personnels, à l'exception des :
  - Enfants et adultes pour lesquels des solutions existent déjà ;
  - Jeunes et adultes pour lesquels la personne ou le représentant légal refuse l'orientation CDAPH ;
  - Jeunes et adultes pour lesquels des démarches d'inscription en ESMS ne sont pas entreprises ;
  - Jeunes et adultes ayant une décision CDAPH 16 et ayant déménagé hors Charente ;
  - Jeunes et adultes dont l'orientation est toujours valide mais ayant demandé à quitter l'établissement ou le service où ils étaient accueillis ;
- Les situations individuelles critiques qui remplissent les conditions cumulatives établies par la circulaire du 22 novembre 2013 :
  - Un risque de rupture de parcours : retours en famille non souhaités et non proposés, exclusions, refus d'admission
  - Une mise en cause de l'intégrité, sécurité de la personne et de sa famille ;
  - Les personnes handicapées (adultes et enfants) bénéficiaires de la PCH, vivant à leur domicile personnel, ayant des troubles du comportement qui peuvent mettre en péril le maintien à domicile, pour lesquelles une orientation en établissement n'est pas immédiatement possible et risquant une rupture de parcours en raison de la défaillance d'un aidant familial.

(3) : Les échanges et le partage d'informations sont encadrés par la réglementation. Ils sont toujours limités aux informations strictement nécessaires à l'étude de votre demande et n'ont pas vocation à être partagés avec d'autres personnes que celles impliquées dans l'aide à la mise en œuvre de votre projet. L'ensemble de ces professionnels est soumis au respect de la confidentialité de ces informations.

Principaux textes encadrant l'échange et le partage de données de santé et/ou à caractère médicosocial :

- article L.241-10 du Code de l'action Sociale et des familles
- articles L. 1110-4 et du code de Santé publique

Les données sont traitées conformément à La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée en 2004.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la MDPH de la Charente : 15 bd Jean Moulin - 16000 ANGOULEME.

Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant.