****

**FORMULAIRE DE SAISINE RAPT**

**DEMANDE D’INTERVENTION DE LA RAPT (RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS)**

**- Demande d’analyse de la situation complexe, d’expertise ou d’évaluation complémentaire.**

**- Demande de PAG (Plan d’Accompagnement Global)**

**-Demande à bénéficier de « pair aidance » (mise en relation avec une personne ressource ou une association œuvrant dans mon type de handicap)**

**\* Vous avez la possibilité de cocher plusieurs cases.**

*Si vous souhaitez être aidé(e) pour remplir cette fiche, vous pouvez vous
faire accompagner par un membre de l’équipe joignable au : 04.66.49.60.70 ou* *mda@lozere.fr.***et** *rapt@lozere.fr*

|  |
| --- |
| **Date :** |
| **Personne concernée par la saisine :**Nom/Prénom :Date de naissance :Adresse :Nom/ prénom et adresse du représentant légal en précisant le type de mesure s'il y a:Situation familiale :□ Seul(e) □ En couple □ En famille | **Personne ayant accompagné la rédaction de la demande :**Nom/prénom : Organisme/fonction :Téléphone/courriel : |
| **Avez vous un dossier MDPH en Lozère? □ Oui □ Non □ Hors Lozère**Si hors Lozère, merci de bien vouloir joindre les notifications.**Orientation CDAPH en cours : N° de dossier si connu :**  |

|  |
| --- |
| **MOTIFS DE LA SAISINE :** |
| **Caractéristiques de la situation** | **x** | **Veuillez cocher la ou les cases qui vous concernent** |
| *\* Cocher les cases correspondantes (possibilité d'en saisir plusieurs).* |  |  - Indisponibilité des réponses connues |
|  | - Inadaptation des réponses connues |
|  | - Complexité de la réponse à apporter |
|  | - Risque de rupture du parcours de la personne |
|  | - Constat de rupture du parcours de la personne |
|  | - Perspective d'améliorer la qualité de l'accompagnement selon les priorités définies par délibération de la commission exécutive |
|  | - Aucun des motifs précédemment énoncés |

|  |
| --- |
| **Commentaire :** (description de la situation, éléments utiles à préciser : situation familiale, facteurs de fragilité, handicap principal, difficultés principales, rôle du ou des aidants familiaux…) |
| **Définition des besoins (éducatifs, scolarisation, thérapeutiques, insertion sociale, insertion professionnelle, aide aux aidants…) non satisfaits à ce jour de vous-même ou de la personne concernée** : |
| **Quelles démarches ont déjà été entreprises et quels sont les freins identifiés quant à la mise en œuvre des décisions CDAPH ?** |
| **Quelles solutions/ projets avez-vous envisagés pour vous-même ou pour la personne concernée ?** |

**Intervenants impliqués dans l’accompagnement actuel : coordonnées des professionnels**

 **(Médico-social, sanitaire, éducation nationale, social, autre)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STRUCTURE** | **NOM** | **DATE DE DEBUT DE PRISE EN CHARGE OU ACCUEIL** | **NATURE ET FREQUENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT ACTUEL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Joindre si vous en disposez **les comptes-rendus de synthèse et d’intervention des divers professionnels** (éducatifs, médicaux, sociaux, etc.) ainsi que les courriers de refus et/ ou de fin de prise en charge des établissements. Le présent dossier ainsi que ces éléments sont à renvoyer à la MDA de Lozère :

Par courrier: **Maison Départementale de l'Autonomie**

 **6, Avenue du Père Coudrin**

 **48000 MENDE**

Par courriel : mda@lozere.fr et ***rapt@lozere.fr***

 **Signature de l'usager ou de son représentant légal**