



**FORMULAIRE DE DEMANDE D’ENTRÉE EN COORDINATION DE PARCOURS COMPLEXES**

**POUR PERSONNES EN SITUATION COMPLEXE DE HANDICAP**

**La demande doit émaner d’un professionnel du secteur de l’enseignement, du social, du sanitaire ou du médico-social. Elle doit être envoyée avec le consentement obligatoire de la personne concernée ou de son représentant légal et les différents documents permettant de prendre connaissance de la situation dans son entièreté (DUDA, Dossier MDPH, compte-rendu, …).**

\*\*\*

Dans le cadre du Dispositif Intégré Handicap de la Seine-Saint-Denis, la coordination de parcours concerne les personnes dites « en situation complexe » entrainant des risques de rupture d’accompagnement, ou des ruptures de longue durée, et dont les besoins ne sont pas couverts par des réponses adaptées.

Des commissions d’entrée sont organisées régulièrement de façon à prendre connaissance de l’évolution des situations mises en attente, et de vérifier l’intérêt de l’intervention du dispositif. Suite à ces commissions, le partenaire-demandeur et la famille reçoivent un courrier/mail indiquant de l’arrivée du coordinateur dans la situation. Le coordinateur de parcours complexes effectuera ensuite une évaluation globale des besoins de la personne en lien avec son entourage et avec les différents partenaires.

Le rôle du coordinateur de parcours complexes est de fluidifier le parcours des personnes et de son entourage en coordonnant, si nécessaire, les différents acteurs pouvant répondre à l’ensemble des besoins de la situation. Il ne remplace pas les intervenants déjà dans la situation.

Le Dispositif Intégré Handicap ne concerne donc pas les personnes dites « en situation critique » ni les situations d’urgence ou de crise.

Le formulaire est à retourner à l’adresse suivante[**pcpedih93.adm@vivre-devenir.fr**](mailto:pcpedih93.adm@vivre-devenir.fr) ou par voie postale à l’adresse :

**28 bis, rue de l’Eglise**

**93 420 VILLEPINTE**

**Attention :** En cas d’absence de réponse des familles et/ou des partenaires pendant 3 mois, le dossier sera automatiquement sorti du dispositif. Un courrier sera envoyé à la famille et les partenaires.

**Prérequis obligatoires :**

* Résidence et/ou domiciliation administrative dans le département de la Seine Saint Denis.
* Etre en situation de handicap

**ET au moins un critère dans chacune des 2 catégories suivantes :**

Catégorie 1 :

* Absence de réponse ou réponse insuffisante aux besoins de la personne
* Refus d’admission par différentes structures, risque de rupture ou rupture de prise en charge

Catégorie 2 :

* Multiplicité des acteurs autour de la situation nécessitant une coordination
* Situation isolée et/ou besoin d’accompagnement de la personne et/ou des aidants

Critères complémentaires de complexité de la situation :

* Cumul des problématiques de santé, précisez :

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

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

* Difficultés sociales, socio-économiques et/ou familiales, précisez : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Notifications MDPH (droits ouverts (historique pour les personnes en rupture depuis de longues années), orientation, dates de validité) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**MOTIFS DE LA DEMANDE D’INTERVENTION DU DIH**

* Absence ou peu de coordination entre les partenaires
* Besoin d’un appui dans les admissions en ESMS
* Demande d’accès aux soins
* Besoin d’intervention au domicile
* Autres. Merci de préciser :

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

**Date de la demande : \_\_/\_\_/\_\_\_\_**

**Origine de la demande**

**Structure :**

**Adresse :**

Nom : Prénom : Fonction :

Téléphone : Portable : **@**

**Personne concernée**

Nom : Prénom : Né(e) le : **H** 🞐 **F**🞐

Adresse :

Téléphone : Portable : **@**

**N° dossier MPDH :**

**Mesure de protection :** AED🞐 AEMO 🞐 OPP 🞐 Curatelle 🞐 Tutelle 🞐 Autre 🞐

**Coordonnées du référent Circonscription ASE / Prestataire ASE ou mandataire judiciaire :**

**Type de déficience** : Intellectuelle 🞐 Motrice 🞐 Psychique 🞐 Sensorielle 🞐 Viscérale 🞐

Plurihandicap 🞐 Polyhandicap 🞐

**Coordonnées de l’entourage et des partenaires professionnels**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom - Prénom** | **Lien avec la personne / Fonction** | **Adresse / Structure** | **Téléphone / @** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**A joindre obligatoirement**

**Ecrit présentant la personne concernée et sa situation**

**Différents documents pouvant étayer la demande**

*Contexte de vie, parcours (****prises en charge actuelles et passées****), problématiques, projet envisagé, actions et recherches déjà engagées ...*

*Descriptifs des éléments fonctionnels présentant les retentissements dans les domaines scolaire, vie quotidienne, paramédical, somatique…*





**Consentement de la personne accompagnée par le DIH 93**

**relatif au partage d’informations entre professionnels**

NOM :………………………………………………………………………………………………………..

Prénom : ………………………………………………………………………………..……………………

Domicilié(e) au : ……………………………………………………………………………………………

Né(e) le ………………………………………………………………………………………………………

1. Est informé(e) du droit au respect de la vie privée et à la confidentialité des informations le/la concernant conformément à la législation en vigueur[[1]](#footnote-1).
2. Autorise le coordinateur de parcours complexes à partager les informations à caractère social, médico-social, médical et pédagogique strictement nécessaires à l’accompagnement en coordination de parcours avec les professionnels intervenant dans la situation, y compris ceux soumis au secret professionnel.
3. Peut mettre fin à ce partage d’informations à tout moment en signant le document de « sortie de coordination de parcours », quittant ainsi le dispositif sans provoquer l’arrêt des prestations et des services mis en place.

Fait en double exemplaires à …………………………………………, le ……… /………. /……………

**Signature(s)** : 🞎 De la personne concernée

🞎 Du représentant légal

🞎 Des deux parents (pour les mineurs - préciser nom et prénom des deux parents

1. Les professionnels agissent dans le cadre légal suivant :

   **Code de la santé publique -** Article L1110-4 relatif au respect de la vie privée, à l’échange d’informations entre professionnels de santé et à la confidentialité de ces données

   **L’article 32 de la Loi Informatique et Liberté** vous garantit un droit d’accès, de rectification et d’opposition aux données personnelles que nous enregistrons à partir de vos réponses.

   **Les articles 13 à 21 du RGPD** vous donnent le droit d’exiger une information claire et compréhensible sur l’usage de vos données personnelles, de disposer des coordonnées de la personne en charge de leur traitement, d’introduire une réclamation auprès de l’autorité de contrôle, de portabilité des données et de retirer votre consentement à tout moment. Vous pouvez adresser toute demande concernant le traitement de vos données à la Direction de l’Association porteuse du Dispositif Intégré concerné par mail aux coordonnées ci-dessous. [↑](#footnote-ref-1)