

Saisine du dispositif d'orientation permanent de la MDA des Hautes-Alpes dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)

Formulaire à retourner à la MDA 05
par courrier : 29, bis avenue du Commandant Dumont - 05000 GAP
par mail à : rapt@hautes-alpes.fr

Toute personne en situation de handicap en rupture ou risque de rupture de parcours ou dont la complexité de la situation ne permet pas de mettre en œuvre une réponse suffisante au regard de ses besoins peut saisir le Dispositif d'Orientation Permanent (DOP).

Suite à cette saisine, le chargé de mission « parcours », en lien avec les professionnels de la MDA, les partenaires et la personne concernée ainsi que son entourage évaluera la situation et quelle réponse y apporter.

La feuille de consentement à l'échange d'informations entre professionnels concernés par votre situation et susceptibles d'y répondre est donc indispensable à l'étude de votre demande. En l'absence de ce consentement, aucune saisine ne pourra être traitée.

Date de la demande :N° de dossier MDPH:

Vos coordonnées, (coordonnées la personne concernée) :

NOM / Prénom :

Date de naissance : .../.../.....

Adresse :

Téléphone :

Mail:

Hébergé(e) par :

Institution de résidence :

Situation familiale : Seule En couple En famille

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ?

Oui Non En cours

Si oui, préciser : Tutelle Curatelle simple ou renforcée
 Sauvegarde de justice/mandat spécial

NOM/Prénom :

Coordonnées du représentant légal :

NOM/Prénom :

Qui fait la demande ?

Vous-même

Votre (vos) représentant(s) légal/légaux

NOM/ Prénom :

Coordonnées :

Nom Prénom :

Coordonnées :

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagnée dans cette démarche.....

.....

Quels sont les intervenants autour de votre situation ?

(Préciser les coordonnées de chacun)

Médico-

social :

.....

.....

Sanitaire :

.....

.....

Éducation

Nationale :

.....

.....

Social :

.....

.....

Autre :

.....

.....

Description de votre situation actuelle :

(Organisation quotidienne - Scolarité/formation/emploi - Activités.....)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Description de vos besoins :

(Notamment éducatifs et de socialisation, thérapeutiques, d'insertion sociale et professionnelle, d'aide aux aidants... Quels sont ceux couverts et comment ? Quels sont ceux non couverts et pourquoi ?)

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

Description des difficultés rencontrées, démarches engagées et motif(s) de non réalisation :

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

Quelle est votre demande /ou celle de votre entourage ?

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

Volet à remplir par la personne en situation de handicap concernée par le formulaire de saisine ou son représentant légal

Consentement* à l'étude de la situation et à l'échange d'informations concernant la personne entre les intervenants associés à la recherche de solutions dans le cadre du Dispositif d'orientation Permanent de la RAPT des Hautes-Alpes

Je soussigné(e),

Prénom :

NOM :

Le cas échéant, organisme :

Parent 1, Parent 2, Représentant légal de :

(Barrez les mentions inutiles.)

Prénom :

NOM :

Atteste avoir pris connaissance du contenu de cette demande.

Autorise les professionnels de la MDA et les partenaires associés à la recherche de solutions à échanger les informations individuelles nécessaires au traitement de la situation par tous moyens (échanges oraux, écrits, dématérialisés...)

Fait à :

Le :

Signature :

Pour un mineur :

Signature Parent 1

Signature Parent 2

(*) 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](#)).