



DEMANDE À LA MDPH

d'une **FIN DE PRISE EN CHARGE ESMS** sur demande de l'Etablissement

Ces informations sont indispensables au suivi des demandes sur le nouveau système d'information de la MDPH- v4-2024

Pourquoi ce formulaire?



À remplir
au stylo bille noir

Lorsqu'une prise en charge en établissement ou service social ou médico-social (ESMS) est mise en œuvre en vertu d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), l'arrêt de cette prise en charge à la demande de l'établissement ou du service, quelle qu'en soit la raison, **doit systématiquement faire l'objet d'une nouvelle saisine et décision de la CDAPH**.

Article L. 241-6, III, alinéa 4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) : L'établissement ou le service ne peut mettre fin, de sa propre initiative, à l'accompagnement sans décision préalable de la CDAPH. La CDAPH doit rendre une décision sur toutes les sorties demandées par le directeur d'établissement et réciproquement, le directeur d'établissement doit saisir la CDAPH pour toutes les demandes de sortie de sa structure quel qu'en soit le motif. La sortie de l'ESMS peut s'accompagner d'une demande de réexamen de l'orientation. Dans ce cas, la CDAPH devra se prononcer tant sur la fin de la prise en charge que sur la décision d'orientation en elle-même.

L'usager ou son représentant légal est libre de mettre fin à la prise en charge par l'ESMS. Cette sortie ne requiert pas nécessairement une décision de la part de la CDAPH, mais il convient que la MDPH s'assure que cette sortie est bien volontaire et que l'usager est informé des conséquences.

REFERENCE DU DOSSIER MDPH

1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Nom de naissance : Nom d'époux/se ou d'usage :

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

Complément d'adresse (si besoin précisez le nom de la personne qui vous héberge) :

Adresse (numéro et rue) :

Code postal : Commune : Pays :

Téléphone : Adresse e-mail :

Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté(e) par la MDPH ? E-mail Appel téléphonique SMS Courrier

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez son nom :

2 Autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle (pour les mineurs ou majeurs protégés)

Qui exerce l'autorité ? ☐ Parent 1 ou représentant légal 1 ☐ Parent 2 ou représentant légal 2

Nom ou raison sociale :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse (numéro et rue) :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Pays :

Téléphone :

Adresse e-mail :



À remplir
au stylo bille noir

3 Etablissement médico-social concerné

ESMS fréquenté

Etablissement fréquenté :

Adresse (numéro et rue) :

Code postal et Commune :

FINESS

Directeur(rice) ESMS

Chef(fe) de service

Contact téléphonique

Mail

Orientation CDAPH concernée

Type d'orientation

Validité

du au

Date de décision

Modalité d'accueil

4 Courte synthèse motivant la demande

(précisez également l'avis de la personne accompagnée ou son représentant légal)

5 Pièces obligatoires à fournir

Bilan d'accompagnement actualisé précisant les motifs d'arrêt de la prise en charge et mentionnant le cas échéant des préconisations de réorientation plus adaptée

Projet de sortie travaillé avec le représentant légal et/ou la personne accompagnée permettant d'évaluer la continuité de parcours (Spécificité pour les ESAT : transmission du document relatif à la mesure conservatoire d'exclusion d'un travailleur d'ESAT)

Justificatif d'information du représentant légal et/ou la personne accompagnée de la démarche engagée (ou visa complété et signé en bas de cette page)

A

Le :

Signature du (de la) directeur(rice)

(signature et cachet)

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

Visa

(facultatif) **A cocher et à signer par la personne accompagnée ou son représentant légal**

De la personne concernée

observations éventuelles

(date et signature)

De son représentant légal

Des deux parents (pour les mineurs)

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement » (article L 114-9 du Code de la Sécurité Sociale - Article 441-1 du Code pénal).



Votre formulaire est rempli, vous pouvez :

- le déposer directement à l'accueil de la MDPH (au siège social ou à l'antenne Sud)
- l'envoyer à la MDPH par voie postale à l'adresse du siège social

N°Vert 0 800 000 262
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

SIÈGE SOCIAL
13 RUE FÉNELON - B.P. 60183
97464 SAINT-DENIS CEDEX

ANTENNE SUD
13 RUE AUGUSTIN-ARCHAMBAUD
IMMEUBLE MONDEO - 97410 SAINT-PIERRE

www.mdph.re