



Direction Générale Adjointe de la Solidarité
Maison Départementale de l'Autonomie
Service coordination parcours complexes
Affaire suivie par C. POTTIER
☎ : 05 81 27 70 07

Formulaire de demande de mise en place d'un Plan d'Accompagnement Global (PAG)

Vous pouvez, si vous le souhaitez, faire appel au Service coordination
parcours complexes (SCPC) pour vous aider à remplir ce formulaire

Vous pouvez nous contacter au : 05.81.27.70.07

Ou par mail : scpc.mda@tarn.fr

WWW.MDA.TARN.FR

Volet à remplir par le demandeur

I. Identification du demandeur (si différent de l'utilisateur)

NOM – Prénom : _____

Fonction / Service : _____

Coordonnées (téléphone / mail) : _____

II. Identification de l'utilisateur et de sa situation

NOM – Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

N° de dossier MDPH :

Si l'utilisateur est un enfant, merci d'inscrire les coordonnées du père, de la mère ou du représentant légal :

Monsieur Madame Représentant légal (*Barrer la mention inutile*)

NOM – Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone / mail : _____

L'utilisateur bénéficie-t-il d'une mesure de protection en cours ? Oui Non

Si oui, préciser :

Tutelle

Curatelle simple

Curatelle renforcée

Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé

Aide Sociale à l'Enfance

WWW.MDA.TARN.FR

3. Identification des intervenants impliqués actuellement dans l'accompagnement de la personne concernée (professionnels ou non professionnels)

NOM/Prénom	Coordonnées	Nature de l'accompagnement	Date de début de prise en charge

Maison du département du secteur :

- Préciser si un suivi par la maison du département existe : oui non
- Si oui, merci de bien vouloir préciser les coordonnées de la personne référente :

Compléter l'emploi du temps des prises en charge ci-après :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
Matin							
Midi							
Après-midi							
Soir							
Nuit							
Précisez le mode de transport							

4. Démarches entreprises

Indiquer tous les établissements et/ou services contactés et les réponses obtenues.
Merci de bien vouloir joindre les courriers reçus.

Etablissements et/ou services contactés	Date	Quelle a été la réponse obtenue ?

Volet à remplir par l'utilisateur ou son représentant légal

Consentement* à l'étude de la situation et à l'échange d'informations concernant l'utilisateur entre les intervenants associés à la recherche de solutions dans le cadre du Plan d'Accompagnement Global

Je soussigné(e),

Prénom :

Nom :

Le cas échéant, organisme :

Père, Mère, représentant légal (barrer les mentions inutiles) de :

Prénom :

Nom :

Atteste avoir pris connaissance du contenu de cette démarche

Autorise les professionnels de la MDPH et les partenaires associés à la recherche de solutions dans le cadre du Plan d'Accompagnement Global à échanger les informations individuelles nécessaires au traitement de la situation par tout moyen.

Fait à :

Le :

Signature :

*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).

Autres informations complémentaires :