



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

# Formulaire de saisine du Dispositif d'Orientation Permanent dans le cadre de la Réponse Accompagnée pour Tous

[WWW.MDA.TARN.FR](http://WWW.MDA.TARN.FR)

MDA DEPARTEMENT DU TARN – 81013 ALBI CEDEX 9 - Tél : 05.63.45.64.64 – Mail : [president@tarn.fr](mailto:president@tarn.fr)  
*Tout courrier doit être adressé de façon impersonnelle à Monsieur le Président du Conseil départemental*

# NOTICE

Selon le Code de l'action sociale et des familles (article L114-1-1) :

« Un plan d'accompagnement global est élaboré sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire avec l'accord de la personne concernée ou de son représentant légal ;

1° En cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ;

2° En cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de crainte de rupture du parcours de la personne.

Un plan d'accompagnement global est également proposé par l'équipe pluridisciplinaire quand la personne concernée ou son représentant légal en fait la demande. »

Le plan d'accompagnement global (PAG) s'adresse à toute personne en situation de handicap pour laquelle :

- Les réponses connues sont indisponibles ou inadaptées
- Une rupture dans l'accompagnement est constatée ou risque d'advenir.

La Commission Exécutive de la MDPH du Tarn qui s'est réunie le 13 avril 2023 a porté une attention particulière aux situations répondant aux critères suivants :

- situations de ruptures (ou de risque de ruptures) de parcours familiaux, médico-sociaux, sanitaires ou scolaires,
- situations où la sécurité, l'intégrité de la personne handicapée et/ou sa famille sont mis en cause,
- situations pour lesquelles la prise en charge initiale en établissement ou service médico-social (ESMS) et/ou le plateau technique ne sont plus adaptés,
- situations dont la famille est vieillissante et/ou subissant un accident de la vie,
- les jeunes adultes hébergés en ESMS pour enfants, sous le statut « Amendement Creton »,
- situations dont la notification d'orientation vers un ESMS est ancienne.

Si vous êtes destinataire (vous êtes le représentant légal du destinataire) d'une orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), et plus particulièrement si vous êtes dans un des cas précédemment cités, vous avez la possibilité de solliciter le Dispositif d'Orientation Permanent dans le cadre de la Réponse accompagnée pour tous.

Pour répondre à votre sollicitation, les services de la Maison départementale de l'Autonomie (MDA) auront besoin d'échanger des informations relatives à votre situation avec les partenaires susceptibles d'apporter une réponse à votre parcours.

Cette demande de saisine du Dispositif d'Orientation Permanent dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour Tous peut être complétée par :

- toute personne en situation de handicap
- ou
- son représentant légal

Dans tous les cas, le Service Coordination Parcours Complexes (SCPC) étudiera votre demande et identifiera si elle relève d'un plan d'accompagnement global ou d'une autre solution.

Ce document est à transmettre à la Maison de l'autonomie du Tarn :

- Soit par courrier postal adressé à :

Conseil départemental du Tarn  
MDA  
A l'attention de Mme GARDES Sophie  
SCPC  
Lices Georges Pompidou  
81013 ALBI cedex 9

- Soit par mail à : [scpc.mda@tarn.fr](mailto:scpc.mda@tarn.fr)

Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.

## 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



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

NOM – Prénom STRUCTURE	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							

**Informations complémentaires :**

#### 4. Démarches entreprises

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

<b>Etablissements et/ou services contactés</b>	<b>Date de dépôt</b>	<b>Quelle a été la réponse obtenue ?</b>
		<input type="checkbox"/> Admission prévue <input type="checkbox"/> Inscription sur liste d'attente <input type="checkbox"/> Refus inscription Motif :
		<input type="checkbox"/> Admission prévue <input type="checkbox"/> Inscription sur liste d'attente <input type="checkbox"/> Refus inscription Motif :
		<input type="checkbox"/> Admission prévue <input type="checkbox"/> Inscription sur liste d'attente <input type="checkbox"/> Refus inscription Motif :
		<input type="checkbox"/> Admission prévue <input type="checkbox"/> Inscription sur liste d'attente <input type="checkbox"/> Refus inscription Motif :
		<input type="checkbox"/> Admission prévue <input type="checkbox"/> Inscription sur liste d'attente <input type="checkbox"/> Refus inscription Motif :
		<input type="checkbox"/> Admission prévue <input type="checkbox"/> Inscription sur liste d'attente <input type="checkbox"/> Refus inscription Motif :

## 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),

*(En cas d'autorité parentale conjointe, les deux parents doivent apposer leur signature)*

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

Prénom :

Nom :

Le cas échéant, organisme :

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

Prénom :

Nom :

Le cas échéant, organisme :

Attestent avoir pris connaissance du contenu de cette démarche

Autorisent les professionnels de la MDA 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 :

Signatures :

\*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).





« **Ma mère est dépressive. Je l'aide à prendre ses médicaments tous les jours. Je fais toutes les démarches administratives pour elle. C'est ma mère, c'est normal je ne suis pas aidant** »

**Vous êtes aussi un aidant !**  
Une maladie, un handicap ou une perte d'autonomie qui nécessite une aide régulière et fréquente dépasse l'entraide familiale normale.

## VOUS INTERVENEZ RÉGULIÈREMENT OU AU QUOTIDIEN auprès d'un proche en perte d'autonomie ou en situation de handicap.

Il peut s'agir de vos parents, de votre enfant, de votre conjoint ou encore d'un membre de votre entourage. Votre implication peut entraîner de la fatigue, du stress, peut avoir des répercussions sur votre santé, votre activité professionnelle ou encore votre vie sociale et familiale.

« **J'ai un enfant en situation de handicap. Je suis sa mère, je ne suis pas aidante** »

**Vous êtes aussi un aidant !**  
le handicap d'un enfant accroît les besoins d'accompagnement et dépasse votre rôle de parent.



« **Depuis son AVC, j'aide mon mari tous les jours à s'habiller et manger, c'est normal, je suis sa femme je ne suis pas aidante** »

**Vous êtes aussi un aidant !**  
la perte d'autonomie d'un conjoint liée à l'âge ou à une maladie entraîne une charge importante qui dépasse le simple rôle de conjoint.

Le Département du Tarn vous accompagne



# Vous êtes aussi un aidant !

## Pourquoi être identifié en tant qu'aidant ?



« Afin de vous soutenir, le Département a développé depuis plusieurs années une politique de soutien aux proches aidants. Pour répondre au mieux à vos besoins, faites-vous connaître et venez à la Maison Départementale de l'Autonomie »

**Christophe RAMOND**  
Président du Conseil départemental du Tarn

Votre soutien est essentiel à votre proche. Il contribue à sa qualité de vie et à son autonomie dans tous les aspects de sa vie.

**C'est pourquoi vous pouvez remplir une fiche de repérage.**

### Comment faire ?

- en utilisant le QR code 
- ou en renseignant le feuillet F du dossier MDPH à l'occasion d'une demande pour votre proche
- ou en vous rendant sur le site [mda.tarn.fr](http://mda.tarn.fr)
- ou en nous contactant au 05 81 27 70 07 par mail : [contact.mda@tarn.fr](mailto:contact.mda@tarn.fr)

### À quoi cela servira ?

- Cela permettra à la MDA de **vous identifier** en tant qu'aidant,
- De mieux **connaître vos besoins**,
- De **vous informer** sur les droits existants,
- De vous **communiquer** les actions adaptées et proches de chez vous.

Les données que vous indiquerez sur ce document sont à l'usage strict de la MDA et ne sont jamais communiquées.

**TARN**  
MAISON DE L'AUTONOMIE

DÉPARTEMENT DU TARN  
Maison Départementale de l'Autonomie  
10 rue des Trois Tarn  
81000 ALBI





**BESOINS :**

- d'informations (sur les dispositifs et les aides existantes)
- de formation sur mon rôle d'aidant, sur la maladie ou le handicap de mon proche
- d'accompagnement dans les démarches administratives (constitution d'un dossier, accessibilité numérique)
- de soutien psychologique, de conseils et échanges
- de répit (repos, remplacement, relais...)
- de conseil autour de l'activité professionnelle (maintenir ou réduire mon activité, reprendre un emploi)
- de prendre soin de moi, de me soigner

**PERSONNE AIDÉE**Sexe :  F  M

Nom : ..... Prénom : ..... Né-e le : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Situation familiale :  Seul-e  En couple  En familleLieu de vie :  Logement individuel, familial ou Hébergement :  en établissement en accueil familial Personne en situation de handicap Adulte  Enfant (- de 20 ans)

Si reconnaissance MDPH n° de dossier (facultatif) : .....

 Personne âgée de plus de 60 ans

Si bénéficiaire de l'APA n° de dossier (facultatif) : .....

La personne aidée présente (plusieurs cases peuvent être cochées) :

 des problèmes d'audition des difficultés locomotrices une ou plusieurs maladies des problèmes de vision

(ex. : rhumatisme, paralysie)

responsables d'une

 des problèmes de langage une altération des fonctions

dépendance ou d'un handicap

et de la parole

cognitives (ex. : troubles de la

 autre des problèmes de développement  
comportemental et/ou intellectuel

mémoire)

 des problèmes d'ordre psychique

Aidez-vous une autre personne que celle mentionnée ci-dessus ?

Non Oui  (si oui, vous pouvez compléter une autre fiche de repérage) Je donne mon accord pour le recueil de ces informations\* Je suis d'accord pour être contacté par les services du Conseil départemental du Tam

Signature de l'aidant

Pour toute question et/ou renseignement, contactez la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) au n° 05.81.27.70.07

\* Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique destiné à proposer des actions adaptées aux aidants et fournir des statistiques.

Les données enregistrées sont exclusivement celles liées à ce formulaire ; elles sont conservées durant la période de l'aide.

Ces informations sont réservées à l'usage des services concernés et ne peuvent être communiquées qu'au personnel du Département du Tam et aux destinataires habilités.

Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 Janvier 1978 modifiée, et au "règlement général sur la protection des données" (RGPD) vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

L'ensemble de ces demandes doit être adressé, en justifiant de votre identité, au délégué à la protection des données.

Par courrier postal à :

Conseil départemental du Tam  
À l'attention de la Déléguée à la Protection des Données  
Lices Georges Pompidou  
81013 ALBI cedex 9Par courriel : [dpo@tam.fr](mailto:dpo@tam.fr)Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) :  
3 place Fontenoy – TSA 80716 – 75334 Paris cedex ou sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

FICHE RECTO-VERSO – ADRESSER À :

Maison Départementale de l'Autonomie – Service Accueil Information et Coordination  
BP 10055 – 81027 ALBI cedex 9 / [contact.mda@tam.fr](mailto:contact.mda@tam.fr)