



## **Demande de saisine du Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées Adultes TSA**

Les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) complètent l'offre médico-sociale en proposant une réponse souple et adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants, dans une visée inclusive permettant à la personne d'être accompagnée selon ses besoins et ses compétences sur son lieu de vie.

Le PCPE Unapei 30 de La Grand-Combe intervient auprès d'adultes autistes avec ou sans déficience intellectuelle, âgées de 18 à 60 ans. La durée de la prise en charge est de 6 mois, renouvelable 1 fois. Son secteur géographique d'intervention se situe sur Alès et hauts cantons (territoire alésien). Les critères d'orientation retenus sont les situations sans aucune prise en charge, les situations en risque de rupture de parcours ou en situation de crise, l'accompagnement d'une orientation, l'amorce d'une prise en charge dans des situations particulièrement complexes, et l'évaluation des besoins de la personne par la définition ou la réorientation d'un projet.

Aussi, afin d'évaluer si la situation d'une personne relève de l'intervention du PCPE, il est nécessaire d'en retracer son évolution à travers un bilan (historique de son parcours, lieu de vie actuel, entourage familial, intervenants sociaux, médico-sociaux, soins, besoins couverts et non couverts, échec de démarches ...). Ces éléments seront confidentiels.

Merci par avance de retourner ce document complété à Madame Corinne PETIT et Monsieur Sylvain BLANCKAERT.

Par mail : [corinne.petit@gard.fr](mailto:corinne.petit@gard.fr) / [sylvain.blanckaert@gard.fr](mailto:sylvain.blanckaert@gard.fr)

Par courrier : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
176, boulevard Salvador Allende - 30000 Nîmes

### **Demande de :**

NOM/Prénom/Poste/Structure/Coordonnées

### **Intervention du PCPE sollicitée pour :**

NOM/Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Numéro de dossier MDPH :

Numéro de sécurité sociale :

Orientation(s) CDAPH :

**Quels sont les intervenants dans la situation de la personne ?**

*(Préciser NOM/Coordonnées de chacun)*

Médico-social :

Sanitaire :

Education nationale :

Social :

Service Personnes Agées / Personnes Handicapées :

**Y a-t-il une mesure de protection ? <sup>1</sup>**

OUI       NON       En cours

Si oui, préciser <sup>1</sup> :  Tutelle    Curatelle    Sauvegarde    Aide Sociale à l'Enfance

NOM/Prénom/Coordonnées du représentant légal :

**Autisme diagnostiqué :**       OUI       NON

**Date et coordonnées du médecin qui a fait le diagnostic :**

**Autisme suspecté :**       OUI       NON

**Coordonnées du médecin qui a fait cette hypothèse :**

**Type de handicap associé à l'autisme** (moteur, sensoriel, déficience intellectuelle...) :

**Démarches entreprises** (établissements sollicités, réponses obtenues, motifs de refus...) :

**Description de la situation actuelle de la personne :**

Où vit-elle ? Quels sont son quotidien, ses activités ?

**Description des besoins de la personne :**

Quels sont les besoins de la personne, quels sont ceux couverts et comment ? Quels sont ceux non couverts et pourquoi ? Quelles démarches ont été engagées pour y répondre ?

**Description des difficultés rencontrées par la personne et/ou son entourage :**

**Quelle est la demande de la personne et/ou de son entourage ?**

**Souhais de la famille :**

**Quelles sont vos attentes concernant l'intervention du Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées ?**

Date :

Nom et signature du demandeur

## 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

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 demande

Autorise les professionnels de la MDPH et les partenaires à échanger les informations nécessaires.

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](#) )