



Demande de saisine du Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées

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 intervient auprès des personnes en situation de handicap (polyhandicap, TSA, déficience intellectuelle, etc...) âgées de 3 à 60 ans. La durée de la prise en charge est de 6 mois, renouvelable 1 fois. Ses secteurs géographiques d'intervention se situent 30 kms autour d'Alès, de Bagnols-sur-Cèze et de St Quentin la Poterie. 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 ou 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 Monsieur BOUCARUT Laurent.

Par mail : laurent.boucarut@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 ? ¹

OUI

NON

En cours

Si oui, préciser ¹ : Tutelle Curatelle Sauvegarde Aide Sociale à l'Enfance

NOM/Prénom/Coordonnées du représentant légal :

Type de handicap (moteur, sensoriel, mental, psychique, autisme, handicap rare, polyhandicap...) :

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 :

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](#))