



Le Dispositif d'Orientation Permanent

GUIDE

Il s'inscrit dans la démarche Réponse Accompagnée pour Tous dont le principe est le suivant :
Quelles que soient la gravité ou la complexité de sa situation, toute personne en situation de handicap doit pouvoir bénéficier d'une réponse globale, individualisée, et conforme à son projet de vie.

Après l'envoi d'un dossier MDPH, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) statue. Une orientation vers un type d'Etablissement ou Service et Medico Sociaux est proposée. Il arrive qu'à la suite des demandes faites, aucune réponse favorable ne puisse être proposée.

Dans certaines situations, ces réponses négatives, la mise en liste d'attente, ou des circonstances particulières créent une situation difficile voir dangereuse pour la personne en situation de handicap ou son entourage.

Pour ces cas spécifiques, la MDPH du Gard et ses partenaires se sont engagés dans la mise en place du Dispositif d'Orientation Permanent, afin d'éviter toute rupture dans l'accompagnement.

Chaque mois, une réunion pluri professionnelle est organisée pour évaluer la situation individuelle de personnes en situation de handicap et confrontées à un risque ou en rupture effective de parcours. L'objectif est l'orientation vers le dispositif ou le droit le plus adapté à sa situation.

Les réponses proposées par le DOP sont donc diverses avec l'orientation vers un dispositif de droit commun, une modification du plan de compensation du handicap, ou la sollicitation d'un dispositif spécifique comme le Pôle de Compétence et Prestations Externalisées (PCPE) ou le Plan d'Accompagnement Global (PAG).

Si vous pensez que votre situation ou celle d'un de vos proches entre dans ces critères, vous pouvez faire une demande avec le document ci-joint.

Vous devrez transmettre ce document rempli à la MDPH du Gard :

- soit par courrier au 176 avenue du Pdt Salvador Allende, 30000 NIMES,
- soit par mail : rapt@gard.fr

Cette demande sera analysée et des documents ou précisions complémentaires pourront vous être demandés.

Un accusé de réception sera adressé systématiquement à la personne concernée et au demandeur le cas échéant.

Dispositif d'Orientation Permanent

FICHE DE SAISINE

IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE

Nom et Prénom :			
Date de naissance :		N° de dossier MDPH	
Adresse :			
Téléphone :		Mail :	
Situation familiale : ☐ Seul ☐ En couple ☐ Enfant en garde exclusive ☐ Enfant en garde alternée			

Le cas échéant :

Nom et Prénom du représentant légal :			
Téléphone :		Mail :	
Exercice Autorité Parentale :		☐ Conjointe	☐ Père ☐ Mère
Mesure de protection :		☐ Oui	☐ Non ☐ En cours
Si oui, laquelle : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de Justice ☐ Habilitation familiale			
☐ AED ☐ AEMO/ AEMO R ☐ Placement			
Coordonnées du représentant ou organisme de protection :			

PERSONNE OU ORGANISME A L'ORIGINE DE LA SAISINE (si différent)

Nom et Prénom :	
Lien avec la personne concernée par la demande :	
Téléphone :	Mail :

INTERVENANTS CLEFS A CONNAITRE (professionnels du champ du handicap, famille, autres)

Fonction	Nom	Coordonnées	Nature de l'accompagnement

ELEMENTS DE CONTEXTE

Quelles démarches ont été réalisées, et quelles réponses avez-vous reçues ?

Votre quotidien, prise en charge actuelle (familiale, médicale, scolaire, médico social, sociale...)

Votre emploi du temps :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Weekend
7h						
8h						
9h						
10h						
11h						
Repas						
14h						
15h						
16h						
17h						
18h						
19h						
Nuit						

Quelles sont vos demandes, vos attentes ?

CONSENTEMENT

Consentement* à l'étude de la situation et à l'échange d'informations entre les intervenants associés à la recherche de solutions.

Je suis informé(e) que ma situation sera évaluée durant la commission du Dispositif d'Orientation Permanent. A ce titre, :

☒ J'atteste avoir pris connaissance du contenu de cette demande

☒ J'autorise les professionnels de la MDPH et les partenaires associés à la recherche de solutions dans le cadre du DOP à échanger les informations individuelles nécessaires au traitement de la situation par tout moyen (échanges oraux, écrit, dématérialisés...).

Fait à :

Le :

Signature de l'utilisateur :
(ou de son représentant légal)

Signature du demandeur :

*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)