

**DOSSIER ADMINISTRATIF et SOCIAL DE DEMANDE D'ACCUEIL OU
D'ACCOMPAGNEMENT D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP**
- secteur enfants -

DATE DE LA DEMANDE : _____ reçue le _____

Votre demande concerne une ou plusieurs structures et modalités d'accompagnement ? Cochez les cases ci-dessous selon les prestations souhaitées :

Institut Médico-Educatif (IME)	<input type="checkbox"/>
SESSAD	<input type="checkbox"/>
Plateforme autisme (PFA)	<input type="checkbox"/>
UEMA	<input type="checkbox"/>
DAR	<input type="checkbox"/>

Merci de joindre à votre dossier de demande les notifications CDAPH correspondant à vos demandes d'accompagnement.

Informations importantes sur le recueil et le traitement de vos données :

Les informations recueillies sur les pages suivantes et les pièces jointes au dossier seront enregistrées dans un système informatisé sécurisé via un hébergeur de données de santé. Elles seront détenues par l'établissement ou le service souhaité pour **la gestion de votre dossier** et sont destinées à être traitées par un **service administratif, des coordinateurs de parcours et/ou des cadres médico-sociaux**.

Dans le cadre d'une demande d'accueil, ces données seront conservées pendant **2 ans**. Au-delà de ces 2 ans, et sans suite donnée à votre demande, les données informatisées seront archivées électroniquement (et ne seront plus accessibles) et les documents papier seront détruits de manière sécurisée.

Dans le cas où une admission venait à être effective pendant ces deux premières années de conservation, les données alimenteront le dossier informatique de la personne accompagnée et seront conservées pendant 5 ans après la fin de son accompagnement dans l'un des établissements ou services de l'APHVN.

Conformément au RGPD et à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : **le DPO de l'APHVN via dpo@aphvn.fr** .

**DOSSIER ADMINISTRATIF et SOCIAL DE DEMANDE D'ACCUEIL OU
D'ACCOMPAGNEMENT D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP
- secteur enfants -**

Vos autorisations pour traiter vos données :

[Pour traiter vos données personnelles, l'APHVN doit recueillir votre consentement. Merci de permettre ces traitements comme décrits précédemment en remplissant le questionnaire ci-dessous et en cochant l'ensemble des cases. A défaut, votre dossier de demande d'accueil ou d'accompagnement ne pourra être traité par nos établissements ou services.]

Je soussigné.e : nom : _____ prénom : _____

agissant pour moi même
 agissant en qualité de _____

pour nom : _____ prénom : _____

reconnais avoir été informé.e du traitement informatisé des données personnelles contenues dans le dossier ci-après.

autorise les membres de l'équipe administrative et médico-sociale de l'établissement ou du service sollicité à enregistrer et traiter les données personnelles contenues dans les pages suivantes et à accéder, si besoin, grâce à ViaTrajectoire PH, aux données d'évaluation potentiellement détenues par la MDPH ayant traité mes/les orientations.

autorise les membres de l'équipe médico-sociale de l'établissement ou du service sollicité à contacter des partenaires pour plus amples informations.

A _____ le _____

Signature :

Merci de renvoyer ce dossier complété ainsi que les pièces demandées à

Madame la Directrice

APHVN – IME SESSAD UEMA PFA

1 A, rue des écoles 67340 INGWILLER

Identification de l'enfant ou du jeune majeur concerné par la demande :

Masculin

Féminin

Non binaire

Prénom	
Nom	
Département de naissance	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Nationalité	

Informations sociales de l'enfant ou du jeune majeur concerné par la demande :

Numéro de Sécurité Sociale	
Organisme de sécurité sociale	
Adresse de l'organisme de sécurité sociale	
N° CAF	

Adresse actuelle de l'enfant ou du jeune majeur concerné par la demande :

numéro et rue	
Code Postal	
Ville	
Téléphone	
Adresse électronique	

Autre adresse :

numéro et rue	
Code Postal	
Ville	
Téléphone	
Adresse électronique	

Orientation MDPH :

N° de dossier :		Département :	
Date de la décision :			
Décision valable jusqu'au :			
Orientations préconisées :			

[Joindre la copie de la (ou des) notification(s) CDAPH / MDPH]

[Joindre la copie de la carte d'identité]

[Joindre une copie du livret de famille/ou un extrait d'acte de naissance]

Attentes/ Besoins

POUR QUELLES RAISONS SOUHAITEZ-VOUS UN ACCUEIL/ACCOMPAGNEMENT DANS NOS ETABLISSEMENTS OU SERVICES ?

QUELS SONT VOS ATTENTES ET BESOINS ?
