**Réponse Accompagnée**

**Pour Tous**

**En cas d’indisponibilité ou d’inadaptation des réponses connues,**

**De complexité de la réponse à apporter,**

**De risque ou constat de rupture de parcours :**

La MDA 49 peut être sollicitée afin d’accompagner une réponse alternative, coordonnée, construite collectivement et correspondant au projet de vie de la personne, ses besoins et à la possibilité de réponse collective. La demande de Plan d’Accompagnement Global nécessite l’accord préalable de la personne ou de son représentant légal.

**FICHE DE SAISINE**

****

**A retourner dûment remplie auprès de** :

Audrey LE GOAZIOU - Chargée de mission Réponse Accompagnée Pour Tous

Par courriel : [reponseaccompagnee@mda.maine-et-loire.fr](mailto:reponseaccompagnee@mda.maine-et-loire.fr) OU par voie postale : MDA- CS 94104, 6 rue Jean Lecuit, 49941 Angers Cedex 9

**Pour besoin d’échanges complémentaires : 02 41 81 42 92**

**Date de la demande :**

**Concernant la situation de :**  N° dossier MDA :

Date de naissance : Date de naissance

Orientation(s) CDAPH/ Droits MDA 49 en cours :

Lieu d’hébergement actuel

**La personne concernée est un enfant** *:*

**Représentants légaux :**

Père Mère  Autre   Si autre, préciser ici : Statut/Nom-Prénom/coordonnées

**Suivi ASE** : Non  Oui  Si oui, préciser le type de mesure ici

**La personne concernée est un adulte :**

**Mesure de protection :**

NON  En cours  OUI Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Identification du demandeur** :

**Acteurs intervenants dans la situation :**

**Médico-social :** Nom Prénom/ Fonction/ Struct./ Coordonnées

**Soins :** Nom Prénom/ Fonction/ Struct./ Coordonnées

**Aides :** Nom Prénom/ Fonction/ Struct./ Coordonnées

**Social :** Nom Prénom/ Fonction/ Struct./ Coordonnées

**Education nationale :** Nom Prénom/ Fonction/ Struct./ Coordonnées

**Autres :** Nom Prénom/ Fonction/ Struct./ Coordonnées

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

Informations nécessaires à la compréhension de la situation, parcours de vie et organisation du quotidien

**Besoins de la personne**

Décrire les besoins multidimensionnels ; liés au maintien et développement de l’autonomie et gestes de la vie quotidienne, à la participation sociale, aux soins somatiques et psychiques etc. liés au projet de vie… Besoins couverts et comment ? Besoins non couverts et pourquoi ?

**Description des difficultés rencontrées, démarche(s) engagée(s) et motif(s) de non-réalisation :**

Expliquer avec précision et chronologie

**Quelle est la demande de la personne et/ou de son entourage dans le cadre de la RAPT ?**

*A retourner selon perspective d’une « Réponse accompagnée » : Fiche de recueil de consentement au partage d’informations et à l’étude de la situation dans le cadre à la démarche Réponse Accompagnée*

Préciser les souhaits, attentes et/ou demande(s), distinguer si besoin ceux de la personne de ceux de son entourage aidant

**Signature du demandeur :**

*Cachet :*

**CADRE RESERVE A LA MDA 49**

**Reçu le ../../… :**

**Traité le ../../…: Décision** : □ OUI  (Modalités : ……………………………………….……………………)

□ NON (Réorientation …………………………………………………………)

**Motifs :** …………………………………………………………………………