



p.a. DCS – DGAS
Case postale 5684
1211 Genève 11
Tél. 022 546 51 25
indication@etat.ge.ch

Demande d'indication

(Document confidentiel à l'usage de la commission cantonale d'indication et des établissements)

A teneur des prescriptions de la loi sur l'intégration des personnes handicapées (LIPH), les établissements pour personnes handicapées du canton de Genève sont réservés en priorité aux personnes invalides, domiciliées sur son territoire (article 9 LIPH). Le placement dans une institution du canton suppose ainsi tant la reconnaissance d'une invalidité ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité que le domicile effectif dans le canton de Genève.

TOUTES LES RUBRIQUES DOIVENT ÊTRE REMPLIES

1. Renseignements relatifs à la personne en situation de handicap

Nom de famille :	
Nom de jeune fille :	
Prénom(s) :	
Date de naissance : (Jour/mois/an)	
Genre : (masculin ou féminin)	Masculin Féminin
Etat civil :	
Nationalité / origine :	
Type de permis : Date d'expiration :	<i>(joindre une copie du permis d'établissement ou du permis de séjour)</i>
Confession (mention facultative) :	
Langue maternelle (et langues connues) :	
Nombre d'enfant(s) et âge : (cas échéant)	
Domicile légal avec adresse exacte :	<i>(joindre une copie de tout justificatif attestant du domicile effectif à Genève)</i>
Lieu de séjour actuel :	A domicile (seul-e) En famille En établissement Depuis quand ? Nom et adresse de l'établissement :

Date d'arrivée à Genève :	<i>Jour / mois / année</i>
Adresse e-mail :	
N° de tél. (fixe/portable) :	
N° d'assuré AVS (NAVS 13) :	(exemple : 756...)

2. Type de prestation(s) souhaitée(s) et durée

(plusieurs prestations possibles)

Hébergement résidentiel :

Home (H)

Home avec occupation (HO)

Accueil de jour :

Centre de jour (CdJ)

Atelier (A)

Accompagnement professionnel

% d'activité / d'occupation :

Accueil Hôtelier avec encadrement (AHE)

Accompagnement à domicile (ADom)

Séjour de durée indéterminée

Date d'entrée souhaitée :

Avez-vous déjà pris contact avec une structure d'accompagnement / d'hébergement ?

oui non

Nom des établissements contactés :

3. Rentes et prestations financières

Rentes	<p>AI : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/></p> <p>Si en cours, date de dépôt :</p> <p>Si oui :</p> <p>Degré : pleine <input type="checkbox"/> ¾ de rente <input type="checkbox"/> demi-rente <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous avez déposé une demande de prestation AI, autorisez-vous la CCI à prendre contact avec l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) afin d'obtenir des renseignements relatifs à l'état d'avancement de votre dossier?</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><i>(joindre une copie de la décision rendue par l'OAI)</i></p>
	<p>Impotence : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui :</p> <p>Degré : faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> élevé <input type="checkbox"/></p> <p><i>(joindre une copie de la décision rendue par l'OAI)</i></p>
Prestations	<p>SPC : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui : N° du dossier</p>
	<p>Autres prestations servies (Hospice général, assurance de l'employeur, rente étrangère, etc...) :</p>

4. Motivation de la demande

Quels sont les motifs de votre demande ?

(à remplir par la personne elle-même dans toute la mesure du possible)

Séjours / Placements institutionnels antérieurs : <i>(cas échéant)</i>	<i>(joindre le(s) bilan(s) de l'encadrement s'il(s) existe(nt))</i> a) Nom de l'établissement : _____ Du _____ au _____ Lieu : _____ b) Nom de l'établissement : _____ Du _____ au _____ Lieu : _____ c) Nom de l'établissement : _____ Du _____ au _____ Lieu : _____
---	--

Mesures de protection : <i>(cas échéant)</i>	Curatelle d'accompagnement <input type="checkbox"/> (art. 393 CCS) Curatelle de représentation <input type="checkbox"/> (art. 394 et 395 CCS) Curatelle de coopération <input type="checkbox"/> (art. 396 CCS) Combinaison de curatelle <input type="checkbox"/> (art. 397 CCS) Curatelle de portée générale <input type="checkbox"/> (art. 398 CCS - ex tutelle) Aucune <input type="checkbox"/> Ordonnance du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE) (ex-Tribunal tutélaire) du : Co-curatelle : en cas de co-curatelle, veuillez indiquer le nom des curateurs : <i>(joindre une copie de l'ordonnance du TPAE)</i>
---	--

Représentant/s légal /légaux :	Nom : Prénom : Adresse : N° téléphone :
--------------------------------	--

<p>Mesures thérapeutiques institutionnelles (art. 59, alinéa 2 CPS)</p> <p>Mesures de placement à des fins d'assistance (PAFA) (art. 426 et suivants CCS)</p> <p>Autre(s) mesure(s)</p>	<p><i>(joindre une copie de tout justificatif utile concernant ces mesures)</i></p>
---	---

6. Personnes ressources

(par exemple : famille, proches, médecin traitant, éducateur, infirmier, assistant social, etc.)

Nom (s) et qualité / fonction	N° Téléphone(s) - e-mail

7. Facteurs personnels

<p>Type d'atteinte, troubles et/ou problèmes associés avec brèves descriptions :</p>	<p>Mentale :</p> <p>Physique :</p> <p>Psychique :</p> <p>Polyhandicap :</p> <p>Sensorielle :</p> <p>Veillez préciser d'autres problèmes de santé éventuels :</p> <p><i>(joindre une copie de l'évaluation médicale)</i></p>
<p>Depuis quand ?</p>	
<p>Moyens auxiliaires (nécessaires aux déplacements, soins et activités de la vie quotidienne) :</p>	

8. Intervention et soins à domicile

Institutions ou services Fournisseurs Type d'interventions	Prestations fournies par : IMAD (Institution genevoise de maintien à domicile) : oui <input type="checkbox"/> AUTRE ORGANISME : oui <input type="checkbox"/> Soins à domicile oui <input type="checkbox"/> Fréquence : non Entretien du ménage oui Fréquence : non Autres prestations oui <input type="checkbox"/> Fréquence : non <input type="checkbox"/>
Depuis quand ?	
Fréquence - nombre d'heures par mois ?	
Nom du médecin traitant : Autorisez-vous la Commission cantonale d'indication à prendre contact avec votre médecin traitant le cas échéant ?	 oui non

9. Évaluation des compétences de la personne et besoins d'aide

A. Niveau d'indépendance	aucune aide indépendance	aide partielle soutien	aide totale incapacité
<u>Soins de base et mesures d'hygiène :</u>			
♦ soins du corps			
♦ toilette complète (bain / douche)			
♦ utilisation des WC			
<u>Soins complémentaires :</u>			
♦ apprécier l'état de santé			
♦ gérer ses médicaments			
<u>Alimentation / boissons :</u>			
♦ couper la nourriture			
♦ absorber de la nourriture/des boissons			
♦ gérer la quantité de nourriture/boissons			
♦ préparer des repas simples			
♦ faire des commissions			
<u>Habillement :</u>			
♦ s'habiller / se déshabiller			
♦ changement de vêtement : propreté			
♦ s'habiller en fonction de la météo			
<u>Mobilité :</u>			
♦ se lever / se coucher			
♦ se déplacer à l'extérieur			
♦ utiliser des transports publics			
<u>Compétences pratiques :</u>			
♦ capacités à s'exprimer			
♦ capacités à comprendre			
♦ capacités à lire / écrire			
♦ capacités à gérer l'argent			
♦ capacités à tenir le ménage			
<u>Organisation des loisirs :</u>			
♦ capacité d'initiative			
♦ capacité de décision			
♦ mises en pratique			
<u>Conditions psychiques / rapport à soi :</u>			
♦ conscience des réalités			
♦ respect du programme du jour (24h)			
♦ maîtrise de soi			
<u>Comportement en société / rapport à l'autre :</u>			
♦ orientation dans le quartier, lieu d'habitation			
♦ respect des règles usuelles en société			
♦ capacité relationnelle, création des liens			
♦ potentiel d'adaptation			

Degré	Oui	partiel	non
Sécurité :			
♦ Risque de mise en danger de soi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Risque de mise en danger d'autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Conscience du danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Capacité à demander de l'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Mesures complémentaires indispensables à fournir à la personne en situation de handicap dans le domaine :

a) des soins :

b) de la prévention :

c) de la sécurité :

d) des troubles du comportement :

e) des addictions :

10. Observations

Observations :

a) de la personne en situation de handicap :

b) de la personne qui a rempli le questionnaire* :

**lorsque ce n'est pas l'intéressé(e) lui (elle)-même*

Pièces à joindre au dossier :

- **Copie d'une carte d'identité ou du passeport.**
- **Copie du permis d'établissement ou de séjour.**
- **Copie rente/décision AI et/ou allocation pour impotent (API) et/ou autres rentes.**
(Si une demande est en cours, joindre une copie de la demande au dossier)
- **Copie des bilans d'encadrement les plus récents.**
- **Une évaluation médicale répondant aux questions suivantes :**
 - **Origine et nature du handicap?**
 - **Description des limitations dans le fonctionnement du quotidien?**
- **Le cas échéant : copie de l'ordonnance du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant.**
- **Le cas échéant : copie des mesures de placement.**

Lieu et date :

Signature du demandeur ou de son représentant légal	Nom, prénom, fonction de la personne qui a rempli (ou aidé à remplir) le formulaire :

Dossier complet à adresser au :**Secrétariat de la commission cantonale d'indication (CCI)**

Direction générale de l'action sociale

Case postale 5684

1211 Genève 11

tél. 022 546 51 25

<mailto:indication@etat.ge.ch>