

Saisine du dispositif d'orientation permanent

Formulaire de demande de mise en place d'un Plan Accompagnement Global (PAG)

Par la personne en situation d'handicap

La MDPH de l'Aveyron, dans le cadre de la démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous » met en œuvre le Dispositif d'Orientation Permanent.

**A qui cette démarche s'adresse-t-elle ?**

Vous avez une notification d'orientation MDPH vers un établissement ou un service, cependant vous n'arrivez pas à la mettre en œuvre pour des raisons d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues. De votre point de vue, vous êtes dans une situation complexe et/ou critique.

En remplissant ce formulaire de demande, vous souhaitez que la MDPH élabore un Plan d'Accompagnement Global (PAG) qui définira une prise en charge temporaire et alternative à votre orientation initiale ou permettra sa réalisation.

Afin d'évaluer si votre situation relève de la mise en place d'un PAG, il est nécessaire de retracer l'évolution de votre parcours. Le référent d'élaboration du PAG, qui est également membre de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, se mettra en lien avec vous ou votre représentant légal.

Les éléments recueillis seront confidentiels et partagés entre les membres de l'équipe pluridisciplinaires en charge de l'évaluation des besoins de la MDPH et éventuellement, si elle le juge nécessaire, entre les participants au Groupe Opérationnel de synthèse (GOS) que la Directrice de la MDPH pourra réunir.

Dans cette hypothèse, vous (ou votre représentant légal), serez invité à participer à cette réunion si vous le souhaitez.

Pour plus de renseignements n'hésitez pas à contacter la MDPH 12 au 05.65.73.32.60

**VOS COORDONNEES :**

**N° de dossier MDPH (si connu) :**

NOM /Prénom : .....

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Situation familiale :  Seule  En couple  En famille

**Bénéficiez - vous d'une mesure de protection ?**  Oui  Non  En cours

Si oui, préciser :  Tutelle  Curatelle simple ou renforcée  Sauvegarde de justice/mandat spécial

NOM du représentant légal :

Coordonnées du représentant légal :

**Vos décisions d'orientations prises par la MDPH :**

---

- IME TSA - Date des décisions :
- IME DI - Date des décisions :
- IEM - Date des décisions :
- CDDS - Date des décisions :
- FV-EANM - Date des décisions :
- FAM - EAM - Date des décisions :
- MAS - EAM - Date des décisions :
- Autres* - Date des décisions :

**Quelles démarches ont été engagées pour les mettre en œuvre ?**

---

Inscription sur liste d'attente :

Nom de l'établissement : Date : ...../...../.....

Nom de l'établissement : Date : ...../...../.....

Nom de l'établissement : Date : ...../...../.....

Nom de l'établissement : Date : ...../...../.....

Autres démarches :

**VOTRE QUOTIDIEN :**

---

- A l'heure actuelle quelles sont les personnes qui interviennent dans votre quotidien et à quelle fréquence :

➤ Quels sont vos besoins ?

➤ Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

➤ Quelles pourraient être les solutions pour y pallier ?

*Suite au dépôt de votre demande, le référent d'élaboration du PAG prendra contact avec vous ou votre représentant afin d'avoir des informations complémentaires pour l'étude des critères d'éligibilité à la mise en place du PAG.*

A.....le.....

Signature :

**Formulaire à retourner à la MDPH 12**



**MDPH 12**  
MAISON DÉPARTEMENTALE  
DES PERSONNES HANDICAPÉES

Courrier à renvoyer  
Renvoyez ce formulaire rempli et signé  
à la MDPH

**Recueil de l'accord pour élaborer un plan d'accompagnement global  
pour .....**

*Cochez la case correspondant à votre choix et  
remplissez votre nom et votre prénom*

**Votre choix :**

**Je donne mon accord** pour l'élaboration d'un plan d'accompagnement global  
pour .....

En donnant mon accord, j'autorise la MDPH à échanger des  
informations sur moi avec des professionnels pour faciliter l'évaluation  
de ma situation (échanges oraux, écrits, mails)

**Je refuse** l'élaboration d'un plan d'accompagnement global pour .....

**Vous êtes :**

.....

Le père, la mère ou le représentant légal de .....

- Prénom / Nom
- Date et signature :

*Vous devez envoyer ce formulaire rempli et signé à la MDPH à cette  
adresse : [anne.cuvillier@mdph12.fr](mailto:anne.cuvillier@mdph12.fr).*