

# Demande d'un plan d'accompagnement global (PAG)

## Fiche de saisine

Date de la saisine par le demandeur : ... .. / ... .. / 202 ... (à compléter par le demandeur)

Date de réception à la MDPH : ... .. / ... .. / 202 ... (à compléter par la MDPH)

### Identification de la personne concernée

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ... .. / ... .. / ... ..

Adresse : ..... 65 .....

Téléphone : 0 ... / ... / ... / ... / ... E-mail : .....

#### ENFANT (moins de 18 ans) :

Autorité Parentale détenue par :

Parents  Père  Mère  Autre : .....  
Demandeur :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... 65 .....

Téléphone 0 ... / ... / ... / ... / ... E-mail : .....

#### ADULTE (plus de 18 ans) :

Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice

Nom de la personne ou de l'organisme : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... 65 .....

Téléphone : ... .. / ... .. / ... .. / ... .. / ... .. E-mail : .....

**Modalités d'accompagnement actuellement mises en œuvre (parcours scolaire, parcours médico-social, soins, etc. - joindre bilans si à disposition) :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Origine de la demande = Pourquoi cette demande de PAG ?**

Expliquez en quelques phrases la situation:

.....

.....

.....

.....

.....

Précisez vos besoins et vos attentes

.....

.....

.....

.....

.....

Démarches entreprises avant la demande de PAG (démarches auprès des établissements et/ou services médico-sociaux, solutions alternatives mises en place, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

Volet à remplir par la personne en situation de handicap ou son  
représentant légal  
Attestation d'information

L'élaboration d'un Plan d'Accompagnement Global nécessite l'étude de la situation et l'échange d'informations concernant la personne en situation de handicap entre les intervenants associés à la recherche de solution.

Le demandeur est, par ce document, informé qu'en saisissant la MDPH d'une demande de PAG, les informations le concernant nécessaires à la recherche d'une solution seront partagées avec les partenaires susceptibles de lui apporter une solution.

Je soussigné(e),

Prénom : ..... Nom : .....

En cas de représentation, organisme de protection : .....

Le cas échéant Père, Mère, Représentant légal (barrez les mentions inutiles) de :

Prénom : ..... Nom : .....

Atteste avoir pris connaissance du contenu de cette demande

Atteste avoir été informé-e que les professionnels de la MDPH et les partenaires associés à la recherche de solutions dans le cadre du PAG échangeront tous types d'informations individuelles nécessaires au traitement de la situation par tout moyen\*. Les données sont conservées pendant la phase de recherche de solutions, de construction et de mise en œuvre du PAG.

Fait à : .....

Le : ... .. / ... .. / 2 0 2 ...

Signature :

\*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*)

Pour connaître et exercer vos droits concernant vos données à caractère personnel, contacter le responsable de traitement ou le délégué à la protection des données, porter plainte auprès de la CNIL et trouver des conseils pour protéger vos données, nous vous invitons à consulter la rubrique « protection des données » du site internet du Département : [www.hautespirenees.fr](http://www.hautespirenees.fr)

## IDENTIFICATION DES DEMARCHES EFFECTUEES

Le Plan d'Accompagnement Global est une solution alternative.

Il est construit lorsque l'orientation cible ne peut pas être mise en œuvre.

Pour savoir si l'orientation cible peut être mise en œuvre, il faut avoir effectué des démarches auprès des établissements de cette catégorie.

Indiquez ci-dessous les établissements que vous avez sollicités

(solliciter = demander l'inscription sur liste d'attente de l'établissement)

Si vous n'avez pas encore fait ces démarches vous devez les faire avant de demander un PAG.

Vous pouvez utiliser le formulaire joint à la notification d'orientation ou en demander un exemplaire à la MDPH.

Établissement n ° 1 : .....

Date de dépôt de la demande : ... / ... / 20.. ..

Réponse de l'établissement :

- ADMISSION PREVUE
- INSCRIPTION SUR LISTE D'ATTENTE
- REFUS D'INSCRIPTION

Établissement n ° 2 : .....

Date de dépôt de la demande : ... / ... / 20.. ..

Réponse de l'établissement :

- ADMISSION PREVUE
- INSCRIPTION SUR LISTE D'ATTENTE
- REFUS D'INSCRIPTION

Établissement n ° 3 : .....

Date de dépôt de la demande : ... / ... / 20.. ..

Réponse de l'établissement :

- ADMISSION PREVUE
- INSCRIPTION SUR LISTE D'ATTENTE
- REFUS D'INSCRIPTION

## IDENTIFICATION DES BESOINS

En cochant ci-dessous les besoins que vous identifiez, vous permettez à la MDPH d'identifier les prestataires susceptibles d'y répondre

Besoins	
<b>Besoins en matière de santé somatique ou psychique</b>	
1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux	
1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles	
1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur	
1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire	
1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire	
1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique et endocrinienne	
1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives	
1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices	
1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées	
1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé	
<b>Besoins en matière d'autonomie</b>	
1.2.1.1 – Besoins en lien avec l'entretien personnel	
1.2.1.2 – Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui	
1.2.1.3 – Besoins pour la mobilité	
1.2.1.4 – Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité	
<b>Besoins pour la participation sociale</b>	
1.3.1.1 – Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté	
1.3.2.1 – Besoins pour vivre dans un logement	
1.3.2.2 – Besoins pour accomplir les activités domestiques	
1.3.3.1 – Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante	
1.3.3.2 – Besoins en lien avec le travail et l'emploi	
1.3.3.3 – Besoins transversaux en matière d'apprentissages	
1.3.3.4 – Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle	
1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant	
1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale	
1.3.4.2 – Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport	
1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique	

## Emploi du temps du demandeur au moment de la demande du PAG

### Emploi du temps hebdomadaire

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
MATIN							
MIDI							
APRES-MIDI							
NUIT							
Transport							

Informations complémentaires : .....

.....

.....