

## QUESTIONNAIRE A DESTINATION DU DEMANDEUR

NOM ..... Prénom.....

Date de naissance : .....

### MA SITUATION PERSONNELLE

- Je possède le permis de conduire  J'ai un véhicule

⇒ **Vous diriez de votre carrière professionnelle (plusieurs réponses possibles)**

- J'ai toujours travaillé très régulièrement  
 J'ai alterné des périodes d'emploi et de chômage  
 J'ai toujours travaillé sur de courtes périodes (CDD, intérim)  
 J'ai souvent été en arrêt de travail  
 J'ai des difficultés pour me maintenir à l'emploi  
 J'ai des difficultés pour trouver un emploi  
 J'ai très peu travaillé  
 Je n'ai fait que des stages  
 Je n'ai jamais travaillé

⇒ **Il m'arrive de rencontrer des difficultés**

- Pour me rendre sur mon lieu de travail (mon état de santé ne me permet pas d'utiliser les transports en commun)  
 Pour respecter les horaires (difficultés à me réveiller, à me lever, à m'organiser)  
 Pour travailler en équipe (j'évite le contact avec les collègues, je préfère travailler seul)  
 Pour supporter l'autorité (je n'aime pas recevoir des ordres)  
 Pour m'adapter à de nouvelles tâches (j'ai besoin de tâches répétitives)  
 Pour assumer des responsabilités (j'ai peur de ne pas être à la hauteur)  
 Pour prendre des décisions et des initiatives (j'ai des difficultés à faire un choix)  
 Pour gérer le stress et mes émotions (j'ai des difficultés à exprimer ce que je ressens)  
 Pour tenir sur le long terme (je me lasse vite)  
 Pour tenir le rythme de travail (je me fatigue vite)  
 Pour comprendre et mémoriser les consignes (j'ai besoin de consignes simples et répétées)

### ACTIVITES POUR LESQUELLES J'AI BESOIN D'UN SOUTIEN

⇒ **J'ai besoin d'un soutien lors de mes déplacements**

- Pour sortir de mon domicile  
 Pour utiliser les transports en commun  
 Pour conduire un véhicule  
 Pour me repérer dans un lieu inconnu  
 Pour faire des courses  
 Pour effectuer des démarches administratives  
 Pour m'aider à respecter les horaires et les rendez-vous  
 Autres.....

⇒ **J'ai besoin d'un soutien dans ma vie quotidienne :**

- Pour avoir une hygiène corporelle régulière
- Pour préparer mes repas et avoir une alimentation mieux équilibrée
- Pour entretenir mon logement et mon linge
- Pour apprendre à me protéger des abus de toutes sortes (démarchage à domicile, vol...)
- Pour gérer mon argent et répondre à mes obligations (règlement de mes charges, de mes factures)
- Pour ne pas oublier de prendre mes médicaments
- Pour avoir un suivi médical régulier
- Autres.....

⇒ **J'ai besoin d'un soutien dans mes relations avec autrui**

- Pour affronter des situations et des relations génératrices de stress, d'angoisse, de fuite...
- Pour participer à la vie sociale, aux loisirs, à la vie culturelle, aux sports...
- Pour éviter une perte de contact avec ma famille, mes amis
- Pour affronter le regard des autres et éviter le repli sur moi-même
- Pour m'aider à reconnaître ma maladie
- Autres.....

## LES AIDES DE MON ENTOURAGE

Je ne reçois pas d'aide

Je suis isolé(e)

⇒ **Je reçois de l'aide pour :**

- Etre stimulé(e) pour faire ma toilette
- Faire mes courses
- Préparer mes repas
- Entretien mon linge
- Entretien mon logement
- Gérer mon budget
- Etre accompagné(e) dans les démarches administratives
- Etre accompagné(e) chez le médecin
- Etre accompagné(e) dans certaines activités - Lesquelles ?.....

Ces aides me sont actuellement apportées par :

- Ma famille
- un(e) ami(e)
- un travailleur social - Précisez.....
- Une aide à domicile

## MES ATTENTES

⇒ **Pour me permettre d'être plus autonome**

- Je souhaite qu'un service d'accompagnement ou une institution prenne le relais de ma famille
- Je souhaite être orienté(e) vers un établissement d'accueil spécialisé (collectif)
- Je souhaite accéder à un logement indépendant avec suivi par un service d'accompagnement à domicile
- Je souhaite un soutien médico-psychologique plus fréquent
- Je souhaite des ressources complémentaires

Je souhaite entrer dans une démarche d'insertion professionnelle avec évaluation de mes capacités

Autres.....

Expression libre

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à.....le.....

Signature du demandeur

## QUESTIONNAIRE A DESTINATION DE L'ENTOURAGE

Afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de réaliser une évaluation globale de l'intéressé(e) et de mesurer son degré d'autonomie dans la vie quotidienne, merci de bien vouloir compléter les tableaux ci-dessous en cochant, par activité, la case qui correspond le mieux, selon vous, à sa situation.

### ACTES ESSENTIELS (*entretien personnel et déplacements*)

Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Se laver					
S'habiller/Se déshabiller					
Prendre ses repas					
Prendre soin de sa santé					
Se déplacer à l'extérieur					
Utiliser les transports en Commun					
Conduire un véhicule					

### VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE

Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Faire ses courses					
Préparer un repas simple					
Faire son ménage					
Entretenir son linge et ses vêtements					
S'occuper de sa famille					
Gérer son budget, faire les démarches administratives					
Vivre seul dans un logement indépendant					
Avoir des relations informelles de voisinage					

Participer à la vie communautaire, sociale et civique				
Partir en vacances				

<b>TACHES ET EXIGENCES GENERALES, RELATION AVEC AUTRUI, COMMUNICATION</b>				
<b>Activités</b>	<b>Fait seul</b>	<b>Fait difficilement</b>	<b>Ne fait pas</b>	<b>Observations</b>
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Fixer son attention				
Mémoriser				
Prendre des décisions				
Prendre des initiatives				
Gérer sa sécurité ( <i>réagir de façon adaptée à une situation risquée, éviter un danger</i> )				
Maîtriser son comportement ( <i>émotions, pulsions</i> ) dans ses relations avec autrui				
Utiliser des appareils et techniques de communication				
Mener une conversation				

Autres informations utiles que vous souhaitez porter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH (contexte familial et social, emploi, logement, ressources....) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date  
Signature de la personne, de l'entourage

**Autorisation de la personne concernée par le questionnaire :**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur \*..... autorise la personne désignée ci-dessus à transmettre ces informations à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH

Date  
Signature de la personne concernée

\* Rayez les mentions inutiles