REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département de la cohésion sociale (DCS)
Commission cantonale d'indication (CCI)

Commission cantonale d'indication (CCI)

Demande de prestations dans un lieu de vie adapté ou un centre de jour

Document confidentiel à l'usage de la commission cantonale d'indication (CCI) et des établissements pour personnes handicapées (EPH)

Pour que le dossier puisse être examiné par la commission cantonale d'indication (CCI), le demandeur ou la demandeuse doit **obligatoirement (article 9 LIPH et article 34 RIPH) :**

- avoir son domicile sur le territoire du canton de Genève
- être au bénéfice d'une reconnaissance d'invalidité
  Le dépôt d'une demande auprès de l'Assurance Invalidité (OCAS-AI) n'est pas retenu
- avoir atteint l'âge de 18 ans
- avoir fourni à la commission cantonale d'indication toutes les informations requises

en dernière page de ce formulaire

1 Identité du demandeur ou de la demandeuse

1.1 Numéro AVS – (obligatoire)

13 chiffres – exemple: 756.xxxx.xxxx.xx

1.2 Noms – (obligatoire)

En lettres MAJUSCULES

1.3 Prénoms – (obligatoire)

Prénom usuel en lettres MAJUSCULES

1.4 Noms avant le mariage *(si applicable)*

1.5 Date de naissance

JJ.MM.AAAA

1.6 Genre

☐ Femme ☐ Homme ☐ Autre

1.7 Nationalité

Important : Joindre la copie du passeport / carte d'identité en cours de validité

Si vous n'êtes pas de nationalité Suisse :

Type de permis

Date d'expiration

JJ.MM.AAAA

Important : Joindre la copie du permis de séjour en cours de validité

1.8 Date officielle d'arrivée dans le canton de Genève

JJ.MM.AAAA

1.9 Langues

Langue maternelle

Autres langues

1.10 Enfants

Nombre d'enfants

Âge des enfants (si moins de 25 ans)

(séparer par une virgule)

1.11 Adresse du domicile légal

Complément d'adresse

Case postale

Code postal

Ville

Numéro de téléphone

+41 xx xxx.xx.xx

Email

exemple : xxx@xxx.ch

1.12 Adresse de résidence actuelle

Type de lieu

- ☐ Domicile principal
- ☐ Hébergé chez un tiers
- ☐ Lieu de vie / Foyer — depuis le *JJ.MM.AAAA*
- ☐ Hôpital / établissement médical — depuis le *JJ.MM.AAAA*

Si votre lieu de résidence est différent de votre domicile légal, veuillez préciser l'adresse

Complément d'adresse

Case postale

Code postal

Ville

1.13 Médecin traitant

Nom du médecin

Autorisez-vous la commission cantonale d'indication (CCI) à prendre contact avec votre médecin traitant pour obtenir des renseignements complémentaires afin d'évaluer votre situation ?

☐ Oui ☐ Non

En cas de réponse négative, la demande ne peut pas être traitée.

2 Types de prestations souhaitées

2.1 Hébergement

- ☐ Hébergement résidentiel (H)
- ☐ Dérogation d'âge (DA)

2.2 Activité de jour

Taux d'activité ou d'occupation souhaité _____ *en %*

Type d'occupation ☐ Centre de jour (CdJ) ☐ Emploi adapté - atelier ou entreprise sociale (A)

2.3 Accompagnement à domicile

☐ Accompagnement à domicile (ADom)

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

☐ Oui ☐ Non

Si "oui", quels sont les établissements contactés : _____

3 Rentes et prestations financières

Veuillez cocher les cases correspondantes et indiquer le taux de rente AI.

3.0 Rente AI

_____ *(%)*

3.1 Rente API (impotence)

☐ Oui ☐ Non

Si "oui", veuillez préciser le degré ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Grave

3.2 Prestations complémentaires (PC)

☐ Oui ☐ Non ☐ En cours de demande

Si "oui", veuillez indiquer le numéro du dossier : _____

4 Motivation de la demande de prestations

Environ une demi-page. Si cet espace ne suffit pas, joignez une note séparée à votre envoi.

5 Parcours de la personne

5.0 Formation

Formation scolaire

Dernier degré atteint

Parcours

Formation professionnelle *(type de formation suivie)*

Activités professionnelles

Activité antérieure

Date début

JJ.MM.AAAA

Date fin

JJ.MM.AAAA

Description, fonction et employeur

Activité actuelle

Depuis

JJ.MM.AAAA

Description

Lieu

Taux d'activité

(en %)

Activités autres / occupation

Date début

JJ.MM.AAAA

Date fin

JJ.MM.AAAA

Description

Lieu

5.1 Séjours / placements institutionnels antérieurs

Séjour 1 · nom de l'établissement	Date début	Date fin	Lieu
	JJ.MM.AAAA	*JJ.MM.AAAA*	
Séjour 2 · nom de l'établissement	Date début	Date fin	Lieu
Séjour 3 · nom de l'établissement	Date début	Date fin	Lieu

Important : Veuillez fournir la copie des derniers bilans disponibles

5.2 Mesures de soins *(si applicable)*

- ☐ Mesures thérapeutiques institutionnelles
- ☐ Mesures de placement (PAFA)
- ☐ Autres mesures — veuillez fournir une description de la mesure ci-dessous

Important : Veuillez fournir une copie des décisions de justice **dans leur intégralité** pour chaque mesure sélectionnée

5.3 Types d'atteintes, troubles et/ou problèmes associés

	Trouble principal	Trouble associé
☐ **Troubles neurologiques**	☐	☐

Constaté dès le _____ *JJ.MM.AAAA*

*Veuillez fournir une copie du certificat médical de **moins de 2 ans** qui atteste les troubles neurologiques*

☐ **Troubles du spectre de l'autisme (TSA)**	☐	☐

Veuillez fournir une copie du certificat médical qui atteste les troubles du spectre de l'autisme (TSA)

☐ **Troubles du développement intellectuel (TDI)**	☐	☐

Constaté dès le _____ *JJ.MM.AAAA*

*Veuillez fournir une copie du certificat médical de **moins de 2 ans** qui atteste les troubles du développement intellectuel (TDI)*

☐ **Troubles physiques**	☐	☐

Constaté dès le _____ *JJ.MM.AAAA*

*Veuillez fournir une copie du certificat médical de **moins de 1 an** qui atteste les troubles physiques*

☐ **Troubles psychiques**	☐	☐

Constaté dès le _____ *JJ.MM.AAAA*

*Veuillez fournir une copie du certificat médical de **moins de 6 mois** qui atteste les troubles psychiques*

☐ **Troubles sensoriels**	☐	☐

Constaté dès le _____ *JJ.MM.AAAA*

*Veuillez fournir une copie du certificat médical de **moins de 1 an** qui atteste des troubles sensoriels*

☐ **Troubles polyhandicap**	☐	☐

Constaté dès le _____ *JJ.MM.AAAA*

*Veuillez fournir une copie du certificat médical de **moins de 1 an** qui atteste du polyhandicap*

Voulez-vous ajouter un élément complémentaire qui ne figure pas dans le certificat médical ?

5.4 Moyens auxiliaires

Veuillez indiquer les éléments nécessaires aux déplacements, soins et activités de la vie quotidienne

5.5 Évaluation des compétences de la personne et des besoins d'assistance

5.5.1 Niveau d'indépendance

Choisissez un niveau pour chaque élément ci-dessous

Légende : 1 = "aucune aide (indépendance)", 2 = "aide partielle, soutien", 3 = "aide totale (incapacité)"

Soins de base et mesures d'hygiène

- Soins du corps
- Toilette complète (bain/douche)
- Utilisation des WC

Soins complémentaires

- Apprécier l'état de santé
- Gérer ses médicaments

Alimentation / boissons

- Couper la nourriture
- Absorber de la nourriture / des boissons
- Gérer de la nourriture / des boissons
- Préparer des repas simples
- Faire des commissions

Habillement

- S'habiller / se déshabiller
- Changer de vêtements (propreté)
- S'habiller en fonction de la météo

Mobilité

- Se lever / Se coucher
- Se déplacer à l'extérieur
- Utiliser les transports publics

Compétences pratiques

- Capacité à s'exprimer
- Capacité à comprendre
- Capacité à lire et à écrire
- Capacité à gérer l'argent
- Capacité à tenir le ménage

Organisation des loisirs

- Capacité d'initiative
- Capacité de décision
- Capacité de mise en pratique

Conditions psychiques / rapport à soi

- Conscience des réalités
- Respect du programme du jour (24h)
- Maîtrise de soi

Comportement en société & rapport à l'autre

- Orientation dans le quartier, lieu d'habitation
- Respect des règles usuelles en société
- Capacité relationnelle, création des liens
- Potentiel d'adaptation

Niveau sécurité

Choisissez une valeur pour chaque élément ci-dessous

Légende : 1 = "Oui", 2 = "Partiel", 3 = "Non"

- Risque de mise en danger de soi-même
- Risque de mise en danger d'autrui
- Conscience du danger
- Capacité à demander de l'aide

5.5.2 Dispositifs complémentaires indispensables à fournir à la personne dans les domaines suivants

Soins

Prévention

Sécurité

Troubles du comportement

Addictions

6 Interventions et soins à domicile

Recevez-vous des prestations fournies par une organisation des soins à domicile (OSAD) ?

☐ Oui ☐ Non

Si "oui", veuillez préciser le type de prestations

Depuis quand ?

JJ.MM.AAAA

Nombre d'heures par mois

7 Observations & commentaires

8 Représentation légale et signataire

8.1 Faites-vous l'objet d'une mesure de protection de l'adulte ?

☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Si "oui", veuillez compléter les éléments ci-dessous correspondant à votre situation

☐ Ordonnance du Tribunal de protection (TPAE)

Date

JJ.MM.AAAA

Important : Veuillez fournir une copie complète de la dernière décision de justice avec signatures du TPAE / de la Cour de justice / du Tribunal fédéral

Veuillez également préciser les types ci-dessous correspondants

- ☐ Accompagnement
- ☐ Représentation
- ☐ Coopération
- ☐ Combinaison
- ☐ Portée générale

Veuillez indiquer le nom des curateurs habilités à représenter la personne concernée dans ses rapports avec les tiers, en matière d'affaires administratives et juridiques (selon décision de justice).

Nom du curateur / de la curatrice :

Adresse :

Complément d'adresse

Case postale

Code postal | Ville

Numéro de téléphone | **Email**

+41 xx xxx.xx.xx | *exemple : xxx@xxx.ch*

8.2 Assistance administrative dans le cadre de la présente demande d'indication *(optionnel)*

La personne en situation de handicap ou son représentant légal (selon la section 8.1), peut autoriser une tierce personne à l'assister administrativement dans le cadre de ses échanges avec la commission cantonale d'indication durant le processus d'étude de la demande.

Personne désignée

Nom | Prénom

Date de naissance

JJ.MM.AAAA

Lien avec le bénéficiaire :

Adresse :

Complément d'adresse | Case postale

Code postal | Ville

Numéro de téléphone | **Email**

+41 xx xxx.xx.xx | *exemple : xxx@xxx.ch*

9 Correspondance

Validation des "Conditions générales administratives"

- ☐ Je valide les Conditions générales administratives (voir section 10)

Adresse de correspondance : *Veuillez préciser à quelle adresse nous devons vous envoyer les courriers (1 seul choix possible)*

- ☐ Adresse de domicile légal (section 1.11)
- ☐ Adresse de mon lieu de résidence actuelle (section 1.12)
- ☐ Adresse du curateur / représentant légal (section 8.1)
- ☐ Adresse de la personne en charge de l'assistance (section 8.2)

Utilisation de l'Email : *J'autorise que l'adresse Email ci-dessous soit utilisée en complément à mon adresse principale (1 seule adresse Email)*

- ☐ Email du domicile légal (section 1.11)
- ☐ Email du curateur / représentant légal (section 8.1)
- ☐ Email de la personne en charge de l'assistance (section 8.2)

Mode de transmission de la demande *(plusieurs choix possibles)*

Nous vous recommandons de transmettre votre demande au format WORD et par Email.

- ☐ Format papier (envoi postal)
- ☐ Par email (depuis une adresse identifiable)

10 Conditions générales administratives

Veuillez lire attentivement les points ci-dessous afin d'assurer que votre demande puisse être traitée dans les meilleurs délais par le secrétariat de la commission cantonale d'indication (CCI).

Conditions requises pour transmettre une demande au secrétariat CCI

- Le formulaire doit être intégralement rempli et la déclaration sur l'honneur (dernière page) complétée par la personne elle-même ou les personnes la représentant légalement (section 8.1).
- Toutes les pièces justificatives doivent être transmises en même temps que le formulaire.

Étapes suivantes

Le secrétariat vérifie que toutes les informations ont été transmises et que la demande remplit les exigences légales pour être présentée à la commission cantonale d'indication. Dans le cas contraire, la demande est immédiatement rejetée.
Si des renseignements complémentaires sont nécessaires, le secrétariat adresse un courrier à la personne de contact désignée dans la demande. Celle-ci dispose d'un délai de 30 jours pour fournir les informations. En cas de non-réponse, la demande est rejetée.

Moyens de communications et suivi administratif de la demande

Le formulaire doit obligatoirement contenir une adresse complète pour l'envoi des courriers. Toutes les communications officielles se font par écrit. L'utilisation de l'Email reste à la discrétion du secrétariat. Le délai de 30 jours est calculé à partir de la date figurant sur les courriers.
Délai supplémentaire : le secrétariat peut accorder un délai de maximum 14 jours sur demande écrite et pour de justes motifs.
Le secrétariat communique exclusivement avec la personne désignée comme contact pour le suivi administratif (demandeur, représentant légal selon section 8.1, ou tierce personne selon section 8.2).

Quittance et signature de la demande

La déclaration sur l'honneur (page suivante) doit être complétée en cochant la case prévue et en indiquant les noms et prénoms en lettres MAJUSCULES. La transmission par voie électronique depuis une adresse identifiable à indication@etat.ge.ch, ou par voie postale, tient lieu de quittance.

Adresse pour l'envoi du dossier

- Pour un envoi par Email

  Adresse : indication@etat.ge.ch
  Objet : CCI - Dépôt dossier pour une demande d'indication

- **Pour un envoi en format papier**

  Commission
  Cantonale d'Indication (CCI)
  p.a. Office de l'action, de l'insertion
  et de l'intégration sociales (OAIS)
  Rue de Lyon 89-91
  1203 Genève

Afin d'accélérer le traitement de votre demande et d'éviter les erreurs de saisie, nous vous **remercions de privilégier l'envoi du formulaire PDF rempli numériquement, par email à indication@etat.ge.ch,** plutôt qu'un scan de la version imprimée. Merci de votre compréhension.

VALIDATION ET DECLARATION

Identité du demandeur ou de la demandeuse

Noms *- (obligatoire)*

En lettres MAJUSCULES

Prénoms *- (obligatoire)*

Prénom usuel en lettres MAJUSCULES

Synthèse des documents à fournir

Afin de faciliter le traitement de votre dossier par le secrétariat de la CCI et en accélérer son traitement, vérifiez que vous avez rempli intégralement chaque section de ce formulaire et que vous avez joint les documents requis, sans agrafe ni trombone.

Je confirme avoir vérifié et transmis :

Formulaire d'indication :

- ☐ 1. Identité du demandeur ou de la demandeuse
- ☐ 2. Types de prestations souhaitées
- ☐ 3. Rentes et prestations financières
- ☐ 4. Motivation de la demande
- ☐ 5. Parcours de la personne
- ☐ 6. Interventions et soins à domicile
- ☐ 7. Observations et commentaires
- ☐ 8. Représentation légale et signataire
- ☐ 9. Correspondance

Pièces jointes obligatoires :

- ☐ Copie du passeport / carte d'identité en cours de validité
- ☐ Justificatifs de rente AI / API / PC / autres rentes
- ☐ Certificat(s) médical(aux) attestant le(s) trouble(s)

Pièces jointes obligatoires (si concernée ou concerné) : *(documents à joindre si vous êtes concernés par ces situations)*

- ☐ Copie du permis de séjour en cours de validité (si non CH)
- ☐ Copie des bilans des séjours / placements institutionnels antérieurs
- ☐ Copie complète de la décision du TPAE / Cour de justice / Tribunal fédéral
- ☐ Copie de la décision de mesures thérapeutiques institutionnelles
- ☐ Copie de la décision de mesures de placement (PAFA)

Déclaration et validation de la demande

En cochant la case ci-dessous et en transmettant le présent formulaire à la commission cantonale d'indication (CCI), le demandeur ou la demandeuse — ou son représentant légal (selon la section 8.1) — déclare sur l'honneur :

- ☐ Je déclare que les informations contenues dans ce formulaire sont exactes et complètes, que j'ai pris connaissance des conditions générales administratives figurant à la section 10, et que j'autorise la CCI à traiter ma demande sur cette base.

La présente déclaration s'inscrit dans le cadre de la procédure prévue à l'article 34, alinéa 1, du règlement d'application de la loi sur l'intégration des personnes handicapées (RIPH – K 1 36.01), qui dispose que les demandes d'admission sont adressées par écrit au secrétariat de la commission, accompagnées des pièces nécessaires à leur examen. La transmission du présent formulaire par voie électronique à l'adresse indication@etat.ge.ch depuis une adresse identifiable, ou par voie postale, vaut envoi au sens de cette disposition.

Date de transmission : *La date prise en compte est celle de l'envoi du formulaire au secrétariat de la CCI.*

Identité *(obligatoire — en lettres MAJUSCULES)*

Noms

Prénoms

La procuration peut être révoquée en tout temps par écrit par la personne en situation de handicap ou son représentant légal, en l'adressant à indication@etat.ge.ch
À défaut elle sera automatiquement révoquée au moment de la clôture de la demande auprès de la commission d'indication.