



p.a. DCS – OAIS  
Rue de Lyon 89  
1203 Genève  
Tél. 022 546 51 25  
[indication@etat.ge.ch](mailto:indication@etat.ge.ch)

## Demande d'indication

*Document confidentiel à l'usage de la commission cantonale d'indication (CCI)  
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

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

% 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

<b>Rentes (Assurance-invalidité)</b>	<p><b>AI</b> :            oui <input type="checkbox"/>            non <input type="checkbox"/>            en cours <input type="checkbox"/></p> <p><b>Si en cours, date de dépôt :</b></p> <p><b>Si oui :</b>  <b>(degré)</b>    rente 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><b>Impotence (API)</b> oui <input type="checkbox"/>            non <input type="checkbox"/>            en cours <input type="checkbox"/></p> <p><b>Si oui :</b>  <b>Degré :</b>            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>
<b>Prestations</b>	<p><b>SPC</b> :            oui : <input type="checkbox"/>            non : <input type="checkbox"/>            en cours : <input type="checkbox"/></p> <p><b>Si oui, n° du dossier</b> : .....</p>
	<p><b>Autres prestations servies</b>  <b>(hospice général, assurance de l'employeur, rente étrangère, etc...) :</b></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)*



<p>Séjours / Placements institutionnels antérieurs :</p> <p><i>(cas échéant, nous faire parvenir une copie du bilan)</i></p>	<p><i>(joindre le(s) bilan(s) de l'encadrement s'il(s) existe(nt))</i></p> <p>a) Nom de l'établissement : _____</p> <p>Du _____ au _____ Lieu : _____</p> <p>b) Nom de l'établissement : _____</p> <p>Du _____ au _____ Lieu : _____</p> <p>c) Nom de l'établissement : _____</p> <p>Du _____ au _____ Lieu: _____</p>
<p>Mesures de protection :</p> <p><i>(cas échéant, nous faire parvenir une copie du TP AE)</i></p>	<p>Curatelle d'accompagnement <input type="checkbox"/> (art. 393 CCS)</p> <p>Curatelle de représentation <input type="checkbox"/> (art. 394 et 395 CCS)</p> <p>Curatelle de coopération <input type="checkbox"/> (art. 396 CCS)</p> <p>Combinaison de curatelle <input type="checkbox"/> (art. 397 CCS)</p> <p>Curatelle de portée générale <input type="checkbox"/> (art. 398 CCS - ex tutelle)</p> <p>Autorité parentale <input type="checkbox"/></p> <p>Aucune <input type="checkbox"/></p> <p>Ordonnance du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE) (ex-Tribunal tutélaire) du :</p> <p>Co-curatelle : en cas de co-curatelle, veuillez indiquer le nom des curateurs :</p>
<p>Représentant/s légal /légaux :</p>	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>N° téléphone :</p>

Mesures thérapeutiques institutionnelles (art. 59, alinéa 2 CPS)	
Mesures de placement à des fins d'assistance (PAFA) (art. 426 et suivants CCS)	
Autre(s) mesure(s)	

*(joindre une copie de tout justificatif utile concernant ces mesures)*

**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><i>(joindre une copie de l'évaluation médicale)</i></p>	<p>Atteinte mentale :</p> <p>Atteinte physique :</p> <p>Atteinte psychique :</p> <p>Polyhandicap :</p> <p>Atteinte sensorielle :</p> <p>Veuillez préciser d'autres problèmes de santé éventuels :</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	<b>Prestations fournies par :</b> <b>IMAD</b> (Institution genevoise de maintien à domicile) : oui <input type="checkbox"/>  <b>AUTRE ORGANISME :</b> oui <input type="checkbox"/>  Soins à domicile    oui <input type="checkbox"/> Fréquence : ____ non <input type="checkbox"/> Entretien du ménage    oui <input type="checkbox"/> Fréquence : ____ non <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

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

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

<b>Degré</b>	<b>Oui</b>	<b>partiel</b>	<b>non</b>
<b>Sécurité :</b>			
♦ 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 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)
- **Evaluation médicale récente, répondant aux questions suivantes :**
  - Origine et nature du handicap?
  - Description des limitations dans le fonctionnement du quotidien?
- **Copie des bilans d'encadrement les plus récents.**
- **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.**
- **Copie d'une carte d'identité ou du passeport.**
- **Le cas échéant : copie du permis d'établissement ou de séjour.**

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)**

Office de l'action, de l'insertion et de  
l'intégration sociales (OAIS)  
Rue de Lyon 89  
1203 Genève  
tél. 022 546 51 25

[mailto: indication@etat.ge.ch](mailto:indication@etat.ge.ch)