|  |
| --- |
| Commission cantonale d'indication (CCI) |
| Demande de prestations dans un lieu de vie adapté ou un centre de jour(Demande d'indication) |
| 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 page 17 de ce formulaire

# Identité du demandeur ou de la demandeuse

### Numéro AVS – (obligatoire)

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

### Noms - (obligatoire)



En lettres MAJUSCULES

### Prénoms - (obligatoire)



Prénom usuel en lettres MAJUSCULES

### Noms avant le mariage – (si applicable)



### Date de naissance

 JJ.MM.AAAA

### **Genre**

****

### Nationalité

*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

*Joindre la copie du permis de séjour en cours de validité*

 

 JJ.MM.AAA

### Date officielle d'arrivée dans le canton de Genève



JJ.MM.AAA

### Langue maternelle Autres langues

 

### Nombre d'enfants Âge des enfants *(si moins de 25 ans)*

   *(séparer par une virgule)*

### Adresse du domicile légal

Rue/N°







Code postal Ville

 

**Numéro de téléphone Email**

 

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

### Adresse de résidence actuelle

Type de lieu





 depuis le  JJ.MM.AAA

 depuis le  JJ.MM.AAA

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

Rue/N°







Code postal Ville

 

### 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?

 

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

# Types de prestations souhaitées

## Hébergement





## Activité de jour

Taux d'activité ou d'occupation souhaité

 en %

Type d'occupation



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

 

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



# Rentes et prestations financières

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

## Rente AI

(%)

## Rente API (impotence)

 

Si "**oui**", veuillez préciser le degré

  

## Prestations complémentaires (PC)

  

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



# Motivation de la demande de prestations



# Parcours de la personne

## Formation

**Formation scolaire**

Dernier degré atteint Parcours

 

**Formation professionnelle** *(type de formation suivie)*



**Activités professionnelles**

Activité antérieure

Date début Date fin Description, fonction et employeur

 

Activité actuelle

Depuis Description

 

Lieu 

Taux d'activité  (en %)

Activités autres / occupation

Date début Date fin Description

  

Lieu 

## Séjours / placements institutionnels antérieurs

 Nom de l'établissement Date début Date fin Lieu

    

    

    

Important : Veuillez fournir la copie des derniers bilans disponibles

## Mesures de soins *(si applicable)*





 *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

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



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

Constaté dès le  JJ.MM.AAA



Veuillez fournir une copie du certificat médical qui atteste les troubles autistiques



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

Constaté dès le  JJ.MM.AAA



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

Constaté dès le  JJ.MM.AAA



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

Constaté dès le  JJ.MM.AAA



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

Constaté dès le  JJ.MM.AAA



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

Constaté dès le  JJ.MM.AAA

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

Veuillez fournir une copie du certificat médical de moins de 1 an



## Moyens auxiliaires

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



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

### 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 transport 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 : 

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

**Soins**



**Prévention**



**Sécurité**



**Troubles du comportement**



**Addictions**



# Interventions et soins à domicile

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

 

Si "oui", veuillez préciser le type de prestations



Depuis quand ? 

Nombre d'heures par mois 

# Observations & commentaires



# Représentation légale et signataire

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

 

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



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











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)*.



**Adresse:**

Rue/N°







Code postal Ville

 

**Numéro de téléphone Email**

 

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

## 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:**

Rue/N°







Code postal Ville

 

**Numéro de téléphone Email**

 

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

# Correspondance

**Validation des "Conditions générales administratives"**



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









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







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

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





# 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 signé par la personne elle-même ou les personnes la représentant légalement (selon 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 (CCI).

Dans le cas contraire la demande est immédiatement rejetée.

* Si le secrétariat ou la commission cantonale d'indication (CCI) constate que des renseignements complémentaires sont nécessaires, le secrétariat adresse un courrier à l'attention de la personne de contact désignée dans la demande *(le demandeur ou la demandeuse, son représentant légal ou un tiers)*.

La personne contactée dispose d'un délai de **30 jours** pour fournir les informations demandées au secrétariat:

En cas de non réponse et/ou si le délai est dépassé, la demande est rejetée.

## Moyens de communications et suivi administratif de la demande

* Le formulaire de demande d'indication doit obligatoirement contenir une adresse complète pour l'envoi des courriers par le secrétariat.

Toutes les communications officielles se font obligatoirement par écrit.

L'utilisation de l'Email (si ce dernier est fourni) reste à la discrétion du secrétariat.

Si aucune adresse de contact n'est fournie, la demande est automatiquement rejetée.

* Le délai de **30 jours** est calculé à partir de la date figurant sur les courriers du secrétariat de la commission cantonale d'indication (CCI).
* Délai supplémentaire pour transmettre un complément d'information: Le secrétariat peut accorder de manière discrétionnaire un délai supplémentaire de maximum 14 jours sur demande écrite et pour de justes motifs.
* Le secrétariat communique exclusivement avec la personne figurant comme contact pour le suivi administratif: Il peut s'agir de la personne en situation de handicap, de son représentant légal (selon section 8.1), ou d'une tierce personne désignée comme soutien administratif (selon section 8.2).

Aucune communication ni échange d'information n'est possible en dehors de ce contexte.

## Quittance et signature de la demande

* **Veuillez signer et nous retourner le document "Validation et signature"** fourni avec ce formulaire pour confirmer l'adresse et l'exactitude des données transmises.
* Vous recevrez un accusé de réception à l'adresse postale indiquée. Ce document est transmis lorsque votre demande est reçue de manière complète.
* Les personnes habilitées à signer sont celles identifiées selon la section 8

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

**Secrétariat de la 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

# VALIDATION ET SIGNATURE

# 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.

Je confirme avoir vérifié et transmis:

## Formulaire d'indication:



















## Pièces jointes obligatoires:







## Pièces jointes facultatives: *(documents à joindre si vous êtes concernés par ces situations)*











# Signature

**Signature de la personne en situation de handicap ou représentant légal**(selon la section 8.1)

Date Signature

 

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 l'attention du secrétariat de la CCI *(voir adresse de correspondance en dernière page du présent document)*.

À défaut elle sera automatiquement révoquée au moment de la clôture de la demande auprès de la commission d'indication.