|  |
| --- |
| Direction de la santé, des affaires sociales et de l’intégration Office de l’intégration et de l’action sociale |
|
|

Demande d’évaluation et de financement en raison d’un besoin de prise en charge intensive

Les personnes en situation de handicap qui ne trouvent aucun logement approprié à cause de troubles sévères du comportement peuvent demander à ce que leurs besoins soient évalués dans un bref délai.

Le service Prise en charge intensive (PCI) de l’Office de l’intégration et de l’action sociale (OIAS) examine la demande et, si le besoin de prise en charge intensive est démontré, prend les mesures de son ressort pour que la personne en situation de handicap puisse trouver un logement approprié.

Veuillez répondre aux questions suivantes de manière exacte et complète.

# Personne concernée

|  |  |
| --- | --- |
| Titre : |  |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| Date de naissance : |  |
| Numéro de téléphone : |  |
| Domicile civil (adresse) : |  |
| Diagnostic(s) : |  |
| Avec quelle méthode les besoins d’encadrement ont-ils été évalués ? | |
| ROES  BESA  RAI/RUG  PEBP (VIBEL)  IHP | |
| Quel est le degré d’encadrement requis selon l’évaluation ? | |
| La personne a-t-elle droit à une rente de l’assurance-invalidité (AI), de l’assurance-accidents (AA) ou de l’assurance militaire ou à une allocation pour impotence de l’AI ou de l’AA ? | Oui  Non |
| Fait-elle l’objet d’un placement à des fins d’assistance (PAFA) ? | Oui  Non |
| Dispose-t-elle d’une représentation légale ? | Oui  Non |

# Lieu de résidence actuel

|  |  |
| --- | --- |
| Logement privé :  Institution :  Clinique : | |
| Nom de l’institution ou de la clinique : |  |
| Adresse : |  |
| Personne de référence : |  |
| Courriel : |  |
| Téléphone : |  |

# Représentation légale

|  |  |
| --- | --- |
| Curatelle professionnelle :  Représentation légale privée :  Parents/proches : | |
| Titre : |  |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| Adresse : |  |
| Courriel : |  |
| Téléphone : |  |
| Autorité de protection de l’enfant et de l’adulte (APEA) compétente : |  |

# Précédents séjours en institution (interventions de crise, hospitalisations en clinique, etc.)

Veuillez indiquer ci-dessous dans quelle(s) institution(s) la personne a vécu au cours des dix dernières années.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dates du séjour (de... à...) | Institution et lieu | Personne de référence / Remarques |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

# Démarches entreprises pour trouver une place appropriée

Veuillez indiquer ci-dessous les mesures prises en vue d’un placement adéquat en institution et pour quels motifs les demandes ont été rejetées.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Date de la demande | Institution et lieu | Date et motif du refus |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

# Troubles du comportement

Veuillez indiquer ci-dessous les troubles sévères du comportement dont la personne est notoirement affectée ainsi que leur fréquence au cours des trois derniers mois.

Un comportement dangereux pour soi-même se manifeste par une l’attitude agressive ou destructrice d’une personne à son propre détriment. Adopté de manière régulière et caractéristique, il peut découler d’une situation donnée ou survenir inopinément.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Comportement dangereux pour soi-même | Fréquence | Mesures de prévention et de désescalade nécessaires |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Un comportement dangereux pour autrui se manifeste par une attitude agressive ou destructrice à l’égard de tierces personnes (ou d’objets). Adopté de manière régulière et caractéristique, il peut découler d’une situation donnée ou survenir inopinément.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Comportement dangereux pour autrui | Fréquence | Mesures préventives et de désescalade nécessaires |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Justificatifs

Veuillez joindre à ce formulaire tous les justificatifs qui attestent des informations mentionnées précédemment : rapports médicaux, expertises, rapports de transfert, décisions des autorités, décisions concernant une rente, résiliation des contrats avec les institutions précédentes, documents relatifs à la prise en charge actuelle ou autres justificatifs.

# Dépôt de la demande

Veuillez indiquer ci-dessous qui dépose la demande.

Personne en situation de handicap  Représentation légale

|  |  |
| --- | --- |
| Date : | Signature : |
|  |  |

Renvoyer le présent formulaire **dûment rempli** et **signé** ainsi que les pièces justificatives par courrier électronique à [info.kbs.ais@be.ch](mailto:info.kbs.ais@be.ch) ou par voie postale à :

**Direction de la santé des affaires sociales et de l’intégration du canton de Berne**

Office de l’intégration et de l’action sociale

Division Handicap, famille et aide aux victimes

Service Prise en charge intensive

Rathausplatz 1

Case postale

3000 Berne 8

Après examen de votre demande, le service PCI vous informera par écrit de sa décision et de la suite de la procédure.