

**Demande simplifiée de renouvellement d'orientation vers un établissement ou service médico-social**

Cette fiche est à compléter pour une demande simplifiée de renouvellement d'orientation vers un établissement ou service médico-social dans les cas suivants :

- L'utilisateur en situation de handicap est déjà accueilli au sein de votre structure,
- Sa situation est stable et inchangée depuis la dernière évaluation,
- L'utilisateur ou son représentant légal ainsi que l'établissement sont en accord avec le projet de renouvellement d'orientation.
- Aucun autre droit n'est à renouveler par la MDA

**Si une de ces conditions n'est pas remplie, il conviendra de déposer un dossier complet auprès du service autonomie.**

**Identité du bénéficiaire**

Nom et prénom.....

Date de naissance..... N° individu MDA :.....

Identité du représentant légal :.....

**Nom et adresse de l'établissement ou service**

.....  
.....

Professionnel référent dans la structure :.....

Fonction :.....Téléphone : .....

Courriel :.....

Date d'entrée dans la structure :.....

Durée du renouvellement souhaitée :.....

Signature de l'utilisateur ou représentant légal

Signature du responsable de l'ESMS

Date de signature :

Date de signature :

### Procédure :

- Le professionnel référent et l'utilisateur (ou son représentant légal) s'accordent sur le projet de demande de renouvellement d'orientation et signent conjointement la fiche de liaison spécifique ci-jointe,
- Pour être complète, la demande doit comporter :
  - La fiche de liaison signée
  - Le bilan de la période écoulée (les modèles proposés par la MDA pourront être utilisés).
- L'utilisateur ou son représentant légal envoie sa demande directement au service EMS et suivi CDAPH par courrier ou mail : [ems.adulte@isere.fr](mailto:ems.adulte@isere.fr) ou [ems.enfant@isere.fr](mailto:ems.enfant@isere.fr) en précisant dans l'objet « Demande simplifiée de renouvellement en ESMS »