



Maison de soins psychiatriques

Dossier de candidature en vue d'une admission

Nous attirons votre attention sur l'importance du questionnaire ci-joint qui doit obligatoirement être accompagné d'un rapport médical psychiatrique. L'objectif de ce document est de mieux définir vos besoins, vos projets et vous aider à réaliser ceux-ci. Nous vous remercions de compléter ce dossier avec franchise et précision.

Psychiatres :

Docteur Caroline De Beaufort
Tel : 081/721.401

Docteur Pierre-Antoine Bogaerts
Tel : 081/721.404

Infirmière en cheffe coordinatrice :

Madame Rita Toth
Tel : 081/721.191
rita.toth@beauvallon.be

Infirmières en cheffes adjointes :

Madame Sylvie Robin-Dave
Tel : 081/721.196
sylvie.robin-dave@beauvallon.be

Madame Pascale Gillet
Tel : 081/721.183
pascale.gillet@beauvallon.be



Préambule

1. Procédure d'admission :

- 1) Les demandes d'admission sont adressées au courriel admissions.msp@beauvallon.be
- 2) Après réception et acceptation du dossier complété, un entretien de candidature est fixé avec la personne au sein de la MSP.
- 3) La décision d'admission sera communiquée suite à la concertation de l'équipe dans les 7 jours.
- 4) L'entrée se fera suivant la liste d'attente.
- 5) Une période d'essai d'un mois est organisée avant l'admission définitive.

Remarque : L'hébergement se fait en chambre à deux lits ou en chambre particulière sans frais supplémentaire.

2. Les Sorties

En cas d'hospitalisation pour des raisons physiques ou psychiatriques à l'extérieur de la M.S.P. inférieure à un mois, le lit d'hébergement en M.S.P. est maintenu.
Passé ce délai, la réservation d'hébergement en M.S.P. sera réexaminée au cas par cas.

3. Coût M.S.P.

3.1. Argent de poche

Conformément à l'A.R. du 13 décembre 2002, chaque résident devra disposer d'un montant minimal mensuel de **216,69 €** indexé comme **argent de poche** exclusivement destiné à des buts personnels.

Ce montant ne sera destiné à supporter ni les coûts d'achat, lavage, entretien, réparation des habits, chaussures, lunettes et prothèses, ni les soins, traitements et médicaments, ni ceux relatifs aux matériels d'incontinence et autres matériels de soins, ni ceux relatifs à la part du prix d'hébergement restant à la charge de l'habitant, ni ceux relatifs à la franchise des assurances familiales et responsabilité civile et ni ceux relatifs à la possible rémunération de l'administrateur provisoire



3.2. Coût journalier de l'hébergement

Quote-part au 01/05/2022 en M.S.P. (A.R. 17/12/2002)

Article 1 § 1

- Pour les titulaires qui ont, soit des personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé, soit sont tenus par une décision judiciaire ou un acte notarié de verser une pension alimentaire.
- Pour les bénéficiaires qui sont inscrits dans l'assurance soins de santé comme personnes à charge d'un titulaire.

→ Cat. A : 30,59 € quote-part + 1,20 € forfait médicament + 0,45 € télévision - 7,70 € accessibilité = 24,54 € par jour

Pour les bénéficiaires qui ont droit à l'intervention majorée de l'assurance, telle que prévue à l'article 37, § 1^{er} et § 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ainsi que pour les bénéficiaires qui ont droit à cette intervention majorée en application de l'article 32 de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 fixant les conditions dans lesquelles la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses.

→ Cat. B : 37,80 € quote-part + 1,20 € forfait médicaments + 0,45 € Télévision = 39,45 € par jour

L'intervention personnelle dans le prix d'hébergement est diminuée de 4,82 € à 14,14 € par jour, en fonction entre autres de la catégorie d'intervention d'intégration

Pour tous les autres bénéficiaires

→ Cat. C : 43,22 € quote-part + 1,20 € forfait médicaments + 0,45 € télévision - 4,33 € accessibilité = 40,54 € par jour

En cas de congé, la quote-part est aussi diminuée de 8,51 €.

Remarque :

En outre, une provision renouvelable de 200 € est demandée pour couvrir les frais médicaux somatiques.



Dossier d'admission

Date de la demande :

1. Renseignements administratifs	
Nom	
Prénom	
Lieu et date de naissance	
Sexe	M / F
Nationalité	
Etat Civil	
Adresse	
Téléphone	
Courriel	
Médecin généraliste	Nom : Adresse : Téléphone : Courriel :
Psychiatre traitant	Nom : Hôpital/structure : Adresse : Téléphone : Courriel
Si la personne candidate provient d'une structure	Nom de la structure Service : Adresse : Personne de contact Téléphone Courriel
Personne de contact pour le suivi de la candidature	Nom : Adresse Téléphone Courriel Lien avec le candidat :
Mutuelle	Dénomination : Numéro d'inscription : Titulaire/VIPO :

Veuillez joindre une copie de la carte d'identité.

A coller ici : une vignette



2. Statut juridique de la personne candidate

Aucune mesure

Mise en observation/maintien/postcure *Joindre une copie de l'ordonnance de jugement **

Nom du psychiatre responsable	
Adresse	
Téléphone	
Courriel	
Date de fin	
Est-il prévenu de vos démarches en MSP	Oui - Non

Mise sous protection de biens *Joindre une copie de l'ordonnance de jugement **

Nom de l'administrateur des biens	
Adresse	
Téléphone	
Courriel	
Est-il prévenu de vos démarches en MSP	Oui - Non

Mise sous protection de la personne *Joindre une copie de l'ordonnance de jugement **

Nom de l'administrateur de la personne	
Adresse	
Téléphone	
Courriel	
Est-il prévenu de vos démarches en MSP	Oui - Non

Défense sociale *Joindre une copie de l'ordonnance de jugement **

Nom de l'assistante de justice	
Adresse	
Téléphone	
Courriel	
Est-il prévenu de vos démarches en MSP	Oui - Non

**Nous attirons votre attention sur le fait qu'un dossier de candidature incomplet ou dont les copies d'ordonnance de jugement nécessaires ne sont pas jointes ne sera pas traité.*

3. Situation sociale et financière

3.1 Sources de revenus (Cochez les avantages sociaux dont la personne candidate bénéficie)

<input type="radio"/>	Mutuelle	Montant : Date du dernier certificat :
<input type="radio"/>	Chômage	Montant : Organisme de paiement :
<input type="radio"/>	Pension	Montant : Retraite/Survie Numéro de dossier : Si la demande est en cours, date d'introduction :
<input type="radio"/>	Allocation de handicap	Montant : ARR/AI/APA Numéro de dossier Si la demande est en cours, date d'introduction : Copie de la décision général
<input type="radio"/>	CPAS	Montant : CPAS compétant Adresse Assistant(e) sociale Téléphone Courriel
<input type="radio"/>	Autres (Rentes, allocations familiale, revenus locatifs, ...)	Montant à détailler
<input type="radio"/>	AWIPH	Numéro d'inscription Bureau provincial de Attention, joindre la copie de la notification de décision relative au processus de reclassement professionnel préconisé par l'administration de l'AWIPH



3.2 Récapitulatif des charges. A définir exhaustivement et de manière la plus précise.

Dettes	
Pension alimentaire	
Loyer(s)	
Frais pharmaceutiques	
Autre(s)	

3.3 Milieu de vie actuel

--

3.4 Relations familiales et sociales

	Nom et Prénom	Age	Adresse	Téléphone
Conjoint				
Enfants				
Parents				
Autre famille				
Autres relations (amis, club de loisirs,...)				

Remarques éventuelles concernant les relations de la personne candidate (Projets du conjoint ou du couple ; relations avec le(s) enfant(s), membre(s) de la famille ...)



3.5 Passé scolaire, professionnel et/ou occupationnel

Dernier enseignement réussi (type et niveau)

3.6 Emploi actuel et/ou passé professionnel

Employeur	Type d'emploi	Durée	Remarque

4. Auto-évaluation

Domaines	Mauvais	Moyen	Bon	Objectifs
Hygiène corporelle				
Entretien d'un logement et milieu de vie				
Comportement en petit groupe				
Capacité à résoudre un problème				
Attitude face aux règles sociales et à la vie en communauté				
Comportement face à l'alcool et à la drogue				
Mobilité et déplacement				
Gestion des temps libres				
Comportement face aux médicaments				
Capacité à gérer un budget				
Gérer son linge				



5. Informations médicales

Traitements actuels (à compléter ou joindre une feuille de traitement)

Si injection, date de la dernière : -----

Antécédents médicaux

Allergies : -----

Comment décrivez-vous votre (vos) problème(s) actuel(s) ?

Avez-vous des informations que vous estimez importantes de nous transmettre ?

Rappel

Votre dossier ne sera pris en charge que dûment complété et accompagné de tous les documents nécessaires - Une copie recto/verso de votre carte d'identité - Un rapport médical psychiatrique récent - Le cas échéant, les copies d'ordonnances de jugement

Fait le

Signature de la personne candidate



Entretien de candidature – Prise de notes