Pour remplir votre projet de vie, remplissez toutes les cases vous concernant et effacez celles qui ne vous concernent pas. Remettre ensuite en page.

MON PROJET DE VIE, MES BESOINS, MES ATTENTES

Je m'appelle (Prénom, Nom) et vit à (adresse). J'ai ....ans.

Compte tenu des difficultés que je rencontre pour réaliser des activités qui correspondent à mes aspirations, je souhaite que la M.D.P.H. examine ma situation et qu'elle m'aide à trouver des solutions pour *améliorer ma vie quotidienne et/ou retrouver une activité professionnelle.*

MA SITUATION

Je suis *célibataire marié(e) pacsé(e) en concubinage séparé(e) divorcé(e)*

Je vis *seul(e) en couple/avec mes enfants en compagnie d'un(e) ami(e) chez des membres de ma famille*

Je dispose d'un logement indépendant / Je suis hébergé(e) au domicile de mes parents âgés de ..... d'un(e) ami(e)
Autres.....

Mes ressources actuelles sont de.....€ par mois qui correspondent à .....(AAH, IJ... .) Je travaille en E.S.A.T. (milieu protégé) en entreprise adaptée / en entreprise / administration avec un CDI ou un CDD autres ...../ Je ne travaille pas

Mon niveau scolaire et de formation est
.....

Mon expérience professionnelle (dont stages) est la suivante :

- Emploi de.....
durant.....

- Emploi de……durant……
……

Mon dernier emploi s'est terminé le……

MA PATHOLOGIE

- Je souffre d'une pathologie rare : *Une malformation de Chiari et/ou une syringomyélie* – La découverte de ma pathologie a été faite le *……*

- *Je suis suivi par le Centre de….. J'ai subi …interventions chirurgicales/ je ne peux subir d'interventions chirurgicales.*
- Aujourd'hui voici les symptômes dont je souffre au quotidien :

  -*douleurs neuropathiques allant sur une échelle de …à… quotidiennement augmentées par le portage de poids (ou autres)avec des sensations intenses de brulures sur les mains/les jambes/*
  - des vertiges entrainant des chutes au nombre de…/semaine ou mois et rendant impossible la station debout prolongée
  - des troubles sphinctériens rendant obligatoires des auto sondages/
  - des acouphènes /troubles de la vision rendant impossible d'âtre dans des endroits bruyants
  - la paralysie d'un bras/d'une jambe
  - des difficultés à écrire/
  - autres

ACTIVITES POUR LESQUELLES J'AI BESOIN D'UN SOUTIEN

- *J'ai besoin d'un soutien lors de mes déplacements : /Pour sortir de mon domicile / Pour utiliser les transports en commun / Pour conduire un véhicule /Pour effectuer des démarches administratives/ Pour faire des courses en ville/*
  Autres……
- *J'ai besoin d'un soutien dans ma vie quotidienne : Pour avoir une hygiène corporelle régulière/ Pour avoir des vêtements mieux entretenus et mieux adaptés au climat/ Pour préparer mes repas / Pour entretenir mon logement / Pour ne pas oublier de prendre mes*

médicaments /Pour avoir un suivi médical régulier
Autres……

- *J'ai besoin d'un soutien /Pour participer à la vie sociale, aux loisirs, à la vie culturelle, aux sports, aux cultes, etc…*
- *J'ai besoin d'un soutien dans ma vie intellectuelle / Pour une remise à niveau de mes connaissances générales/ Pour une information sur les possibilités d'évaluation de mes compétences (y compris professionnelles) / pour une reconnaissance de mon handicap et une évaluation pour une réorientation / pour m'aider dans mes études dans la prise des cours et passage des examens*
  Autres……

LES AIDES DE MON ENTOURAGE

- *Je ne reçois pas d'aide/ Je reçois de l'aide pour : Stimulation pour la toilette/ Préparation des repas / Entretien du linge/ Entretien du logement /Accompagnement dans les démarches administratives chez le médecin / Accompagnement dans certaines activités - Lesquelles ?..... pour faire les courses*
- *Ces aides me sont actuellement apportées par : ma famille/ un(e) ami(e)/ un travailleur social/ une aide à domicile / Je suis isolé(e)*

MES ATTENTES

- *Pour que j'acquière une autonomie, il me faut un véritable accompagnement /Je souhaite des ressources complémentaires /Je souhaite entrer dans une démarche d'insertion professionnelle avec évaluation de mes capacités / je souhaite pourvoir continuer mes études /avoir un quotidien facilité en ayant moins de trajets à faire*
  Autres……
  ……..

Fait à……..le…….. Signature