



**Demande de renouvellement simplifiée d'une orientation vers un établissement
médico-social ou vers un ESAT auprès de la MDA de l'Isère
DOCUMENT A JOINDRE AU DOSSIER LORS DU DEPOT PAR L'USAGER**

Identité du bénéficiaire

Nom et prénom.....

Date de naissanceN° de dossier MDA

Identité du représentant légal :

Nom et adresse de l'établissement

.....

.....

Professionnel référent dans la structure :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

Date d'entrée du bénéficiaire dans l'établissement :






Signature du professionnel
référent dans la structure

Signature de l'utilisateur
ou son représentant légal

Date de signature :

Date de signature :

Rappel des prérequis :

-  L'utilisation du bilan simplifié est possible uniquement à partir du 2^e renouvellement
-  La personne adulte en situation de handicap est déjà accueillie dans l'établissement
-  Sa situation est stable et reste 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
-  Cette procédure ne soustrait pas le dépôt d'un dossier complet par l'utilisateur

**Pour toute situation pour laquelle des observations sont à formuler,
merci de nous faire parvenir un bilan complet**