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