



**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 naissance .....N° 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<sup>e</sup> 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**