

➔ Dossier à remplir en vue d'un accueil familial, accompagné sur papier libre, de la motivation de la demande, du parcours de vie et du projet de vie en accueil familial.

DEMANDE POUR UNE PERSONNE :

☐ AGÉE (PLUS DE 60 ANS)

☐ HANDICAPEE

1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE À ACCUEILLIR :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance :/...../..... à

Adresse personnelle :

.....

.....

Téléphone : Mail :

Situation personnelle : ☐ marié(e) ☐ veuf (ve) ☐ séparé (e) ☐ divorcé (e) ☐ célibataire

☐ Enfants : Nombre :

Coordonnées :

Noms et prénoms des enfants	Adresse	N° de téléphone	Adresse mail

2. PERSONNE À L'ORIGINE DE LA DEMANDE ET MOTIF DE LA DEMANDE :

Nom :

Prénom :

Adresse - Téléphone - Mail : *(Ne pas compléter si déjà renseignés sur la page précédente)*

.....

.....

.....

Qualité : ☐ La personne elle-même ☐ Famille ☐ Responsable légal

☐ Médecin traitant ☐ Service social (précisez l'organisme) :

☐ Autres (précisez) :

Motif de la demande :

.....

.....

.....

La personne à accueillir est-elle informée de la demande ? ☐ Oui ☐ Non

Est-elle consentante ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, précisez : ☐ Refus personnel ☐ Capacités de compréhension insuffisantes

☐ Autre :

Lieu d'accueil actuel :

☐ À domicile ☐ À l'hôpital (précisez) :

☐ En établissement (précisez) :

Type d'accueil souhaité :

☐ Permanent ☐ Temporaire ☐ Séquentiel (soirs, week-end, vacances....)

3. INTERLOCUTEURS PRIVILÉGIÉS :

- Interlocuteur familial principal :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse - Téléphone - Mail : *(Ne pas compléter si déjà renseignés sur les pages précédentes)*

.....

.....

.....

- Entourage proche :

☐ Familial

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse - Téléphone – Mail : *(Ne pas compléter si déjà renseignés sur les pages précédentes)*

.....

.....

.....

☐ Non familial

Nom :

Prénom :

Précisez qualité :

Adresse - Téléphone – Mail : *(Ne pas compléter si déjà renseignés sur les pages précédentes)*

.....

.....

.....

- Représentant légal :

Nom :

Prénom :

Service :

Adresse - Téléphone – Mail :

.....

.....

.....

Nature de la protection juridique : Joindre une copie de la décision

☐ Tutelle

☐ Curatelle

☐ MAJ

☐ Sauvegarde de justice

☐ Non encore définie (en cours de jugement)

☐ Mandat de protection future

4. ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES :

- Relatifs à la Santé :

Antécédents médicaux importants à signaler

Nécessité d'un intervenant extérieur ?

☐ Oui

☐ Non

Précisez : ☐ HAD (hospitalisation à domicile)

☐ SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile)

☐ Infirmière libérale

☐ Kinésithérapeute

☐ Orthophoniste

☐ Autre(s)

- Relatifs à l'autonomie de la personne à accueillir dans la vie quotidienne (Remplir la fiche jointe en annexe)

→ Pour une personne adulte handicapée :

- une orientation en établissement a-t-elle été prononcée par la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA) de la MDPH ? (*joindre une copie de la décision*).

- une demande de place en établissement a-t-elle été déposée ?

☐ oui

date de la demande :

☐ non

→ Pour une personne âgée :

- une demande de place en EHPAD a-t-elle été déposée ?

☐ oui

date de la demande :

☐ non

5. RESSOURCES ET AIDES FINANCIERES DE LA PERSONNE À ACCUEILLIR :

☐ Retraite (*précisez le montant*) :

☐ Pension d'invalidité (*précisez le montant*) :

☐ Allocation Personnalisée à l'Autonomie (*précisez le montant*) :

☐ Rente accident de travail ou maladie professionnelle (*précisez le montant*) :

☐ Allocation Adulte Handicapé(e) (*précisez le montant*) :

☐ Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (*précisez le montant*) :

☐ Prestation de Compensation du Handicap (*précisez le montant*) :

☐ Autres (*précisez*) :

Fait le :

Nom - Prénom du signataire :

Signature du demandeur (obligatoire) :

Cadre réservé à l'administration

☐ avis favorable

☐ avis défavorable

ou signature du représentant légal :

ANNEXE – AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Actes essentiels	Fait Intégralement	Fait Partiellement	Ne fait pas
<u>Transferts</u> Se lever, se coucher, s'asseoir, se relever d'une chaise			
<u>Déplacements à l'intérieur</u> ☐ Cannes ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐ Sans aide			
<u>Toilettes</u> Préparer savon, eau, serviette			
Toilette du haut (Visage, buste, membres supérieurs)			
Toilette du bas (Toilette intime, membres inférieurs)			
<u>Habillage</u> Choisir des vêtements propres et adaptés			
Habillage et déshabillage du haut (enfiler les vêtements par le haut)			
Habillage et déshabillage du milieu (Boutons, crochets, ceinture, Fermeture éclair)			
Habillage et déshabillage du bas (enfiler les vêtements par le bas)			
<u>Elimination urinaire</u> Hygiène et propreté sur soi dans un lieu approprié			
Poser et enlever les protections pour incontinence			
<u>Elimination fécale</u> Hygiène et propreté sur soi dans un lieu approprié			
Poser et enlever les protections pour incontinence			
<u>Alimentation</u> Se servir (Couper, peler, remplir un verre, ouvrir un pot de yaourt ou Une crème)			
Manger (Porter les aliments à la bouche et avaler)			
<u>Déplacements à l'extérieur</u> ☐ Cannes ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐ Sans aide			
<u>Cohérence</u> Avoir avec les autres un comportement et une conversation Compréhensibles et adaptés			
<u>Orientation</u> Se repérer dans les moments de la journée et de la nuit			
Se repérer dans les jours , les mois , les s a i s o n s...			
Se repérer dans les pièces de la mais o n et à l'extérieur (rue, commerces,			
<u>Vie domestique et sociale</u> La personne a-t-elle besoin d'aide pour : (cochez la case correspondante)			
☐ Gérer son budget et ses affaires administratives			
☐ Faire des achats			
☐ Préparer les repas			
☐ Entretenir le linge			
☐ Faire le ménage de sa chambre			
☐ Prendre un taxi ou un transport collectif			
☐ Organiser et/ou participer aux loisirs			