

DEMANDE D'ORIENTATION

En accueil familial



Accueil familial pour personnes en situation de handicap et/ou personnes âgées

1 Éléments administratifs relatifs à la personne concernée par le projet d'accueil

Etat civil

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Célibataire

Nombre d'enfants :

Domiciliation

Adresse actuelle :

Code postal : Commune :

Domiciliation antérieure (à l'exclusion d'une autre famille d'accueil ou d'un établissement d'hébergement ou de soins) :

.....

.....

Mesure de protection

Bénéficiaire d'une mesure de protection juridique : oui non

Nature de la mesure :

> Si oui, coordonnées du mandataire :

Nom et prénom : Téléphone :

> Si non, une demande est-elle déposée ? Date et lieu de dépôt :

Identification du porteur de la demande

L'intéressé Le représentant Une personne proche

Professionnel du secteur médical ou social Un membre de la famille

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Mail :@.....

Autre intervenant social et médico-social pouvant être contacté

Nom et prénom : Fonction :

Téléphone :

Situation

Taux d'incapacité de la personne en situation de handicap :

.....

oui (joindre la notification)

Non

En cours d'examen

Orientation MDPH :

ESAT

Foyer d'accueil médicalisé (FAM)

Foyer d'hébergement

Maison d'accueil spécialisée (MAS)

Foyer de vie

Accueil de jour

Si non, une demande est-elle en cours ?

oui

non

Ressources		Ressources		
AAH	€	PCH	€	
Pension d'invalidité	€	ACTP	€	
Salaire	€	APA	€	GIR : 1 2 3 4 5 6
Indemnisation Chômage	€	AL/APL	€	
RSA	€	Autres	€	Origine
Retraite	€			

Aide sociale : oui non

Département payeur :

Une demande d'Aide sociale est-elle envisagée ? oui non

Une demande d'Aide sociale est-elle déposée ? oui non

Lieu de dépôt :

2 Contexte social

Histoire personnelle et situation actuelle conduisant à la demande d'accueil

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pour les personnes en situation de handicap, cursus professionnel, employeur actuel ou établissement fréquenté

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Famille – Relations familiales actuelles – Autres liens

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3 Éléments de la vie quotidienne

Evaluation des aptitudes de la personne et comportement

La personne est-elle capable de :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Faire sa toilette | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Prendre ses repas seule | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Se déplacer sans difficultés | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Se repérer dans le temps et dans l'espace | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Participer aux tâches quotidiennes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Gérer la prise de son traitement médical | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Rythmes de vie

La personne peut-elle respecter les horaires d'une famille ? oui non

Expliquer ses habitudes de vie

.....

.....

.....

.....

Centres d'intérêts

.....

.....

.....

.....

.....

4 Santé de la personne

Suivi médical actuel

Suivi par personnel paramédical et/ou médical : oui non

Préciser (infirmier, kinésithérapeute, psychiatre, cardiologue, etc...) :

.....

.....

Suivi CMP : oui non Référent :

Ce suivi sera-t-il poursuivi ? : oui non

- Incontinence** Oui Non
- Dépendances**
- Alcool Oui Non
- Tabac Oui Non
- Autres Oui Non
- Troubles du sommeil** Oui Non

Aides techniques

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lit médicalisé | <input type="checkbox"/> Lève malade |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Verticalisateur |
| <input type="checkbox"/> Lit bas | <input type="checkbox"/> Déambulateur |
| <input type="checkbox"/> Montauban | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Coussin anti-escarres | |
| <input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres | |

Hospitalisations passées

.....

.....

.....

5 Le projet d'accueil familial

Profil de la famille d'accueil souhaitée

.....

.....

.....

Type d'accueil souhaité

- permanent (à durée indéterminée) temporaire : du / / au / / accueil de jour

Rythme d'accueil souhaité

- accueil 24h/24h – 7jours/7jours soir et week-end week-end semaine hors week-end
- autres

Secteur géographique souhaité

1^{er} choix :

2^{ème} choix :

Raisons de l'orientation

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fin d'accueil Aide Sociale à l'Enfance | <input type="checkbox"/> Inadaptation du logement |
| <input type="checkbox"/> Epuisement de l'entourage, perte de soutien familial | <input type="checkbox"/> Rapprochement familial |
| <input type="checkbox"/> Isolement, insécurité, lien social | <input type="checkbox"/> Séjour de répit avec le collectif |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

Une **autre démarche** est-elle engagée en vue d'un placement en établissement ou en vue d'un placement familial thérapeutique ? : oui non

Préciser.....
.....
.....
.....

Avis de la personne concernée par l'accueil

Vous envisagez d'intégrer un accueil familial, quelles sont vos attentes ? Vos besoins ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Informations médicales

Acceptez-vous que soient communiquées au service de suivi et à l'accueillant familial, des informations médicales vous concernant qui seraient nécessaires à votre prise en charge quotidienne ?

oui non

Date et signatures :

A....., Le / / 20.....

La personne âgée ou
en situation de handicap

Le demandeur : (préciser la qualité du
signataire : tuteur, assistant social...)

**Ce dossier est à retourner complété,
accompagné du certificat médical (sous pli confidentiel) à l'adresse suivante :**

Monsieur le Président du Conseil Départemental

Pôle Solidarité – Direction Personnes âgées / Personnes handicapées

Service actions médico-sociales

1, avenue de la Préfecture – CS 24218

35042 Rennes Cedex

01/06/2015