

→ **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)

HANDICAPÉE

## 1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE À ACCUEILLIR :

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

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

Adresse personnelle : .....

.....

.....

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 et N° de téléphone : Ne pas remplir si déjà renseigné sur les pages précédentes

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

Adresse mail .....

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 et N° de téléphone : Ne pas remplir si déjà renseigné sur les pages précédentes

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

• Entourage proche :

Familial

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse et N° de téléphone : **(Ne pas remplir si déjà renseigné sur les pages précédentes)**

.....

.....

.....

Non familial

Nom : .....

Prénom : .....

Précisez qualité : .....

Adresse et N° de téléphone : **(Ne pas remplir si déjà renseigné sur les pages précédentes)**

.....

.....

.....

• Représentant légal :

Nom : .....

Prénom : .....

Service : .....

Adresse et N° de téléphone : .....

.....

.....

.....

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 : **Compléter la fiche médicale ci-jointe à adresser sous pli confidentiel à la Direction de l'Autonomie du Conseil départemental d'Indre-et-Loire**

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 les personnes adultes handicapées :**

- **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 :**

### **Cadre réservé à l'administration**

avis favorable

avis défavorable

## ANNEXE – AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

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

**→ FICHE MEDICALE à compléter par le médecin en vue d'un accueil familial (à envoyer au médecin de la Direction de l'Autonomie du Conseil départemental sous pli confidentiel ou dans l'enveloppe ci-jointe)**

**La fiche médicale n'est pas à compléter si vous avez déposé une demande d'APA auprès de la Direction de l'Autonomie, accompagnée d'un certificat médical datant de moins d'un an.**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Principaux antécédents et/ou pathologies actuelles :

Traitement en cours :

Nombre d'hospitalisations dans les 6 derniers mois :

Précisez pour quel(s) motif(s) :

Trachéotomie :  Oui  Non

Sonde urinaire :  Oui  Non

Poche de colostomie :  Oui  Non

Poche de cystotomie :  Oui  Non

**Troubles du comportement :**  Oui  Non

**Si oui, précisez :**

- idées délirantes
- hallucinations
- agitation, agressivité
- dépression
- anxiété
- apathie, repli sur soi
- comportements moteur aberrants (dont déambulation pathologique)

**Handicaps associés :**  Oui  Non

**Si oui, précisez**

- déficience visuelle
- déficience auditive
- déficience mentale
- déficience psychiatrique
- déficience de la motricité
- déficience respiratoire  besoin d'oxygénothérapie  Oui  Non

**Régime particulier à suivre :**  Oui  Non

**Si oui, lequel ?**

- sans sucre
- sans sel
- sans graisse
- sans gluten
- autre (précisez) : .....

**Besoin d'une nourriture moulinée ou mixée :**  Oui  Non

**Besoin d'être nourri(e) par sonde gastrique :**  Oui  Non

**Fait le :** .....

**Signature du médecin traitant :**

**Nom et adresse du médecin traitant :**

.....  
.....

**Adresse e-mail :** .....