#

**Pôle Solidarités**

Maison départementale de l’autonomie

Service évaluations et suivi des situations

Bureau évaluation sociale et coordination

Mission accueil familial

13, rue Marchand Saillant

CS 70541 - 61017 Alençon Cedex

🕿 02 33 81 62 58

@ ps.da.maf@orne.fr

### ACCUEIL D’UNE PERSONNE

### AGEE ou ADULTE en situation de handicap

**Fiche de renseignements**

**concernant la personne à accueillir**

**Objectif de ce questionnaire :**

***Connaitre les besoins de la personne sollicitant un accueil familial et s’assurer de l’adéquation de son profil avec les accueillants familiaux de l’Orne.***

***Cette fiche de renseignement n’a pas vocation à être divulguée à des tiers. Elle vise à sécuriser l’accueil.***

**I – ELEMENTS ADMINISTRATIFS**

**DEMANDE EN FAVEUR DE**

**NOM MARITAL :** …………………………………………………

**NOM DE NAISSANCE :** ……………………………………........

**PRENOM :** …………………………………………………………

**Né(e) le :** …… / …… / ………… à ………………………………

**Lieu où se trouve la personne au moment de la demande :** …………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Dernière adresse (si différente du lieu de résidence au moment de la demande) :** …………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Avis de la personne concernée par l’accueil**

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI [ ]  NON [ ]

La personne concernée est-elle consentante à la demande ? OUI [ ]  NON [ ]

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n’a pu être recueilli. OUI [ ]

**MESURE DE PROTECTION**

**Bénéficiaire d’une mesure :** OUI [ ]  NON [ ]

Si oui : merci de joindre à votre demande une copie du jugement.

nature de la mesure : ………………………………………………………………………………………………

mesure exercée par  : ………………………………………………………………………………………………

Téléphone : …… / …… / …… / …… / ……. Portable : …… / …… / …… / …… / …….

Adresse électronique : …………………………………………@……………………………

Si non, une demande est-elle en cours : OUI [ ]  NON [ ]

**II – SITUATION**

|  |
| --- |
| **Ressources** |
| AAH | € |
| Pension d’invalidité | € |
| Salaire | € |
| Indemnisation Chômage | € |
| RSA | € |
| Retraite | € |
| PCH | € |
| ACTP | € |
| APA | € | GIR  | 1 | [ ]  | 2 | [ ]  | 3 | [ ]  | 4 | [ ]  | 5 | [ ]  | 6 | [ ]  |
| AL/APL | € |
| Autres | € | Origine :  |

**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 : …………………………………………………………………………………………………….

**Orientation MDPH** : ……………………………………………………………………………………………….

Dossier MDPH en cours ? [ ]  OUI [ ]  NON

**Si personne handicapée : Taux d’incapacité** : ………………………………………………………………

[ ]  OUI (joindre la notification MDPH) [ ]  NON [ ]  En cours d’examen

|  |
| --- |
| **Aides extérieures** |
| [ ]  Suivi CMP | [ ]  Soins Infirmiers à Domicile |
| [ ]  Suivi psychologique privé | [ ]  Service d’aide et accompagnement à domicile |
| [ ]  Hôpital de jour | [ ]  Infirmière libérale |
| [ ]  Accueil de jour | [ ]  Télé alarme |
| [ ]  ESAT | [ ]  Kinésithérapie |
| [ ]  SAVS / SAMSAH | [ ]  Portage de repas |
| [ ]  ASE | [ ]  Autres (préciser) :…………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Aides techniques** |
| [ ]  Lit médicalisé | [ ]  Canne |
| [ ]  Fauteuil roulant | [ ]  Chaise-pot |
| [ ]  Déambulateur | [ ]  Autres (préciser) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**III – CONTEXTE DE LA DEMANDE**

**Quel est le motif de sa demande ?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Fin d’accueil Aide Sociale à l’Enfance | [ ]  Rapprochement familial |
| [ ]  Epuisement de l’entourage, perte de soutien familial | [ ]  Accueil de jour. Recherche d’hébergement |
| [ ]  Isolement, insécurité, lien social | [ ]  ESAT. Recherche d’hébergement |
| [ ]  Inadaptation du logement | [ ]  Autre : ……………………………………………………………...……………………………………………………………… |

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**Quelle est son histoire ?** (son parcours de vie, cursus professionnel, etc.)

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**Quelles sont les relations avec la famille ou avec des tiers (amis, voisins, etc.) ? La personne bénéficie-t-elle de leur aide ?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

Les coordonnées éventuelles des membres de la famille/tiers à contacter (préciser le lien).

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**IV – PROJET D’ACCUEIL FAMILIAL**

**Profil de la famille d’accueil souhaitée** (proximité du lieu d’accueil actuel, de l’ESAT, de l’accueil de jour, de la famille, des amis, milieu rural, urbain, présence d’autres accueillis, d’enfants ? etc.).

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**Type d’accueil souhaité :**

[ ]  Permanent (à durée indéterminée)

[ ]  Temporaire : du …… / …… / …… au …… / …… / ……

**Rythme d’accueil souhaité :**

[ ]  Continu : accueil 24h/24 et 7 jours/7 [ ]  Soir et weekend [ ]  Weekend

[ ]  Semaine hors weekend [ ]  Vacances

**Secteur géographique souhaité :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**Attentes de la personne concernée par l’accueil** (souhaits, besoins : ex. : jardin, plain-pied, centres d’intérêts, loisirs, habitude de vie, animal de compagnie, tabac, etc.).

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

V – EVALUATION DES APTITUDES DE LA PERSONNE PAR RAPPORT AU CADRE DE L’ACCUEIL FAMILIAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aptitudes** | **Fait seul** | **Besoin aide partielle** | **Besoin aide totale** |
| **La toilette** |[ ] [ ] [ ]
| Urine (toilette)[ ]  continent[ ]  incontinent |[ ] [ ] [ ]
| Selles (toilette)[ ]  continent[ ]  incontinent |[ ] [ ] [ ]
| Habillage / déshabillage |[ ] [ ] [ ]
| **Prise des repas**Régime particulier :[ ]  Sans sel[ ]  Sans sucre [ ]  Texture adaptée :[ ]  Mixé[ ]  Haché[ ]  Autres : (ex : troubles de la déglutition)[ ]  Intolérance alimentaire : …………………….. |[ ] [ ] [ ]
| **Difficulté dans les déplacements**IntérieurExtérieur | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  |
| **Repérage dans le temps et l’espace** |[ ] [ ] [ ]
| **Capacité à participer aux tâches** |[ ] [ ] [ ]
| **Traitement médical** |[ ] [ ] [ ]

**Rythme de vie**

La personne peut-elle respecter les horaires d’une famille ? [ ]  Oui [ ]  Non

Expliquer ses habitudes de vie :

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**Troubles du sommeil ?**

[ ]  Aucun problème [ ]  Correct avec traitement [ ]  Agitation [ ]  Déambulation

**Troubles de l’humeur et du comportement s’il y a lieu ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Quelles sont les autres orientations envisagées ?** (Préciser)

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..

Dossiers déposés ? [ ]  Oui [ ]  Non

**DOSSIER REMPLI PAR :**

**Nom Prénom :** ………………………………………………..……………………………………………………………..

**Qualité :** ………………………………………………………………………………………………………………………

**Adresse :** ……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**Téléphone :** …… / …… / …… / …… / ……. **Portable :** …… / …… / …… / …… / …….

**Adresse électronique :** …………………………………………………………………@………………………………

Pièces jointes à ne pas oublier pour les personnes en situation de handicap :

Orientation MDPH en cours

Jugement de tutelle

A ……………………………………………

Le …………………………………………..

Signature(s)