# 

**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](mailto: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**  Intérieur  Extérieur |  |  |  |
| **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)