

Délégation aux Politiques Sociales

Direction Solidarité Autonomie
Mission Accueil Familial

DEMANDE D'ACCUEIL FAMILIAL POUR PERSONNES AGEES OU ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP

Date de la demande :

Personne concernée

NOM MARITAL :

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Adresse :

Domicile de secours :

Lieu où se trouve la personne au moment de la demande si différente de l'adresse actuelle :

Le demandeur

Nom :

Prénom :

Lien avec la personne concernée :

Adresse :

Tél :

Adresse électronique :

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 Indifférente

Demande dans le cadre d'une suite ASE

Qui a l'autorité parentale? (Autorité parentale à 18 ans) Adresse du domicile de secours			
	Nom	Téléphone	Mail
Parents			
Educateur(trice) enfance famille			
Inspecteur Enfance Famille			
Assistant familial			
Structures fréquentées			

Mesure de protection

Bénéficiaire d'une mesure : OUI NON

Type de mesure	<input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Curatelle-renforcée <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice
-----------------------	---

Mesure exercée par :

Téléphone : Portable :

Adresse électronique :

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

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

Nom :

Prénom :

Lien avec la personne concernée :

Adresse :

Tél :

Adresse électronique :

LE CONTEXTE DE LA DEMANDE

Quel est le motif de sa demande ?

- Fin d'accueil Aide Sociale à l'Enfance Isolement, recherche de lien social
 Epuisement de l'entourage Perte d'autonomie Rapprochement familial
 Sortie d'hospitalisation Recherche de sécurité Fermeture établissement
 Inadaptation du logement Sortie d'établissement Absence de l'aidant
 Autre :

LES AIDES EXTERIEURES EN PLACE

- Suivi CMP SSIAD
 Suivi psychologique privé HAD
 Hôpital de jour Accueil de jour Service d'aide et accompagnement à domicile
 Portage de repas Télé alarme Infirmière libérale
 SAVS / SAMSAH Kinésithérapie GEM ESAT
 Autres (préciser) :

LA SITUATION FINANCIERE

Salaire	
Pension invalidité	
Retraite	
Indemnisation chômage	
AAH	
RSA	
Aides	PCH OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	ACTP OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	MTP OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	APA OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	GIR 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/>
	AL/APL OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Autres	

Aide Sociale à l'hébergement : OUI NON

Département payeur :

Une demande d'Aide sociale est-elle déposée ? OUI NON En cours

Dossier MDPH OUI NON **En cours d'examen**

Orientations(s) préconisée(s) par la MDPH - Précisez

LE PROJET D'ACCUEIL FAMILIAL

Secteur géographique souhaité :

Profil de la famille d'accueil souhaité (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, d'animaux...?).

Type d'accueil souhaité :

- Permanent (à durée indéterminée)
- Temporaire du au
- Séquentiel
- Répit

Rythme d'accueil souhaité :

- Continu : accueil 24h/24 et 7 jours/7
- Soir et weekend
- Weekend
- Semaine hors weekend
- Vacances
- Autre (préciser) :

Commentaires :

A retourner par courrier ou mail : accueil-familial-adultes@eure.fr

Tél : 02.32.31.50.38

Hôtel du Département
Mission Accueil Familial
14 Boulevard Georges Chauvin
27021 Evreux Cedex