

## 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**

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

**Mesure de protection**

Bénéficiaire d'une mesure : OUI  NON

<b>Type de mesure</b>	<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

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

**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](mailto:accueil-familial-adultes@eure.fr)

Tél : 02.32.31.50.38

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