

DEMANDE D'ORIENTATION

En accueil familial



Accueil familial pour adultes handicapés et / ou personnes âgées

1 Éléments administratifs relatifs à la personne concernée par le projet d'accueil

Etat civil

Nom :

Prénom (s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Situation familiale : Marié (e) Pacsé (e) Séparé (e) Veuf (ve) Divorcé (e) Célibataire

Nombre d'enfants :

Domiciliation

Adresse actuelle :

Code postal : Commune :

Domiciliation antérieure (à l'exclusion d'une autre famille d'accueil ou d'un établissement d'hébergement ou de soins) :

.....

.....

Mesure de protection

Bénéficiaire d'une mesure de protection juridique : oui non

Nature de la mesure :

> Si oui, identifiez la personne ou l'organisme de protection :

.....

> Si non, une demande est-elle déposée ? Date et lieu de dépôt :

Un mandat de protection future est conclu : oui non

Identification du porteur de la demande

L'intéressé Le représentant Une personne proche

Professionnel du secteur médical ou social Un membre de la famille

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Mail :

Situation

Taux d'incapacité de la personne handicapée :

oui (joindre la notification) Non En cours d'examen

Orientation MDPH :

ESAT Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
 Foyer d'hébergement Maison d'accueil spécialisée (MAS)
 Foyer de vie Accueil de jour

Si non, une demande est-elle en cours ? oui non

Ressources		Ressources		
AAH	€	PCH	€	
Pension d'invalidité	€	ACTP	€	
Salaire	€	APA	€	GIR : 1 2 3 4 5 6
Indemnisation Chômage	€	AL/APL	€	
RSA	€	Autres	€	Origine
Retraite	€			

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 :

3 Éléments de la vie quotidienne

Evaluation des aptitudes de la personne et comportement

la toilette	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aide à la prise des repas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Difficulté dans les déplacements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Repérage dans le temps et dans l'espace	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Capacité à participer aux tâches	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres aspects.....	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Rythmes de vie

La personne peut-elle respecter les horaires d'une famille ? oui non

Expliquer ses habitudes de vie

.....

.....

.....

.....

Centres d'intérêts

.....

.....

.....

.....

.....

4 Santé de la personne

Suivi médical actuel

Suivi par personnel paramédical et/ou médical : oui non

Préciser (infirmier, kinésithérapeute, psychiatre, cardiologue, etc...)

.....

.....

Suivi CMP : oui non Référent :

Ce suivi sera-t-il poursuivi ? : oui non

- Incontinence** Oui Non
- Dépendances**
- Alcool Oui Non
- Tabac Oui Non
- Autres..... Oui Non
- Troubles du sommeil** Oui Non

Aides techniques

- | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lit médicalisé | <input type="checkbox"/> Lève malade |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Verticalisateur |
| <input type="checkbox"/> Lit bas | <input type="checkbox"/> Déambulateur |
| <input type="checkbox"/> Montauban | <input type="checkbox"/> Autres..... |
| <input type="checkbox"/> Coussin anti-escarres | |
| <input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres | |

Hospitalisations passées

.....

.....

.....

5 Le projet d'accueil familial

Profil de la famille d'accueil souhaitée

.....

.....

.....

Type d'accueil souhaité

- permanent (à durée indéterminée) temporaire : du .../.../... au .../.../... accueil de jour

Rythme d'accueil souhaité

- accueil 24h/24h – 7jours/7jours soir et week-end week-end semaine hors week-end
- autres

Secteur géographique souhaité

1^{er} choix :

2^{ème} choix :

Raisons de l'orientation

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fin d'accueil Aide sociale à l'enfance | <input type="checkbox"/> Inadaptation du logement |
| <input type="checkbox"/> Epuisement de l'entourage, perte de soutien familial | <input type="checkbox"/> Rapprochement familial |
| <input type="checkbox"/> Isolement, insécurité, lien social | <input type="checkbox"/> Autres |

Une **autre démarche** est-elle engagée en vue d'un placement en établissement ou en vue d'un placement familial thérapeutique ? : oui non

Préciser.....
.....
.....
.....

Avis de la personne concernée par l'accueil

Vous envisagez d'intégrer un accueil familial, quelles sont vos attentes ? Vos besoins ?

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

Informations médicales

Acceptez-vous que soient communiquées au service de suivi et à l'accueillant familial, des informations médicales vous concernant qui seraient nécessaires à votre prise en charge quotidienne ?

oui non

Date et signatures :

A....., Le.....20.....

La personne âgée ou handicapée :

Le demandeur : (préciser la qualité du signataire : tuteur, assistant social...)

**Ce dossier est à retourner complété,
accompagné du certificat médical (sous pli confidentiel) à l'adresse suivante :**

Monsieur le Président du Conseil Général

Pôle Solidarité – Direction Personnes âgées / Personnes handicapées

Service actions médico-sociales

1, avenue de la Préfecture – CS 24218

35042 Rennes Cedex

01/07/2014