

# DEMANDE D'ORIENTATION

## En accueil familial



### Accueil familial pour personnes en situation de handicap 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, coordonnées du mandataire :

Nom et prénom : ..... Téléphone : .....

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

## 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 : .....@.....

Autre intervenant social et médico-social pouvant être contacté

Nom et prénom : ..... Fonction : .....

Téléphone : .....

## Situation

**Taux d'incapacité de la personne en situation de handicap :**

.....

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 Eléments de la vie quotidienne

#### Evaluation des aptitudes de la personne et comportement

La personne est-elle capable de :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Faire sa toilette                         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Prendre ses repas seule                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Se déplacer sans difficultés              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Se repérer dans le temps et dans l'espace | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Participer aux tâches quotidiennes        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Gérer la prise de son traitement médical  | <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<sup>er</sup> choix : .....

2<sup>ème</sup> 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"/> Séjour de répit avec le collectif |
| <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  
en situation de handicap

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 Départemental

Pôle Solidarité – Direction Personnes âgées / Personnes handicapées

Service actions médico-sociales

1, avenue de la Préfecture – CS 24218

35042 Rennes Cedex

01/06/2015