



DOSSIER DE DEMANDE D'ENTRÉE EN FAMILLE D'ACCUEIL ADULTE

L'accueil à titre onéreux, par des particuliers, de personnes âgées ou adultes handicapées, constitue une réponse adaptée, parmi la palette des réponses offertes aux personnes âgées ou handicapées qui ne désirent plus ou ne peuvent plus, en raison de leur perte d'autonomie ou de leur handicap, demeurer à leur domicile. Elle leur permet de bénéficier d'un mode d'accueil intermédiaire entre le maintien à domicile et l'hébergement collectif en établissement ou de répondre à des situations de prise en charge temporaire, pendant des vacances ou après une hospitalisation.

Vous souhaitez déposer une demande d'entrée en famille d'accueil adulte dans le département du Morbihan, pour cela, merci de bien vouloir remplir le document ci-après.

Dans un premier temps, le département s'assure d'un contrôle d'éligibilité de la demande. Le dossier doit être :

- complété de façon exhaustive,
- signé par le demandeur
- accompagné du certificat médical obligatoire et des pièces justificatives.

Tout dossier incomplet ne pourra être étudié.

Dans un second temps, le département étudie la demande.

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ENTRÉE EN FAMILLE D'ACCUEIL ADULTE

Le département met en place une commission hebdomadaire.

Cette commission :

- étudie la faisabilité du projet,
- permet d'évaluer l'adéquation entre les besoins du demandeur et ce que propose les accueillants familiaux.

Le projet doit être réfléchi et correspondre au souhait du demandeur. La commission cherche à s'assurer à ce qu'il n'y ait pas de frein à son accomplissement (des troubles cognitifs perturbateurs, des troubles du comportement ou des difficultés la nuit...).

L'étude de la demande en commission se fait par contact téléphonique, visioconférence ou en présentiel avec le demandeur et/ou son référent ou son représentant légal pour présenter la demande.

A l'issue de la commission :

- Si avis défavorable : retour écrit de la commission transmis au demandeur
- Si avis favorable : le service met en relation le demandeur avec la famille d'accueil pour organiser cet accueil

La signature du contrat se fait en présence du service de l'accueil familial et la personne accueillie et/ou son représentant légal, au plus tard, le jour de l'entrée en famille d'accueil.

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES À FOURNIR :

- Certificat médical de moins de 6 mois (ci-joint)
- Copie de la pièce d'identité en cours de validité
- Copie de la carte d'invalidité en cours de validité le cas échéant
- Justificatif restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi le cas échéant
- Notification APA ou notification MDA/MDPH
- Copie du jugement de tutelle

Document à renvoyer à la : DGA SOLIDARITÉS – Service évaluation et accompagnement de l'autonomie/Accueil familial – 64 rue Anita Conti – 56000 VANNES

BILAN SOCIAL (à remplir par ou avec la personne concernée)**Éléments administratifs concernant la
personne pour laquelle l'accueil est sollicité****◆ Demande de place en accueil familial**

Personne handicapée de plus de 20 à 60 ans Personne âgée de plus de 60 ans

Temporaire

Permanente

Journée

◆ État civil

Nom d'usage et prénom :

Nom de famille :

Date et lieu de naissance :

Situation familiale :

◆ Domiciliation

Adresse actuelle et n° de téléphone :

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

◆ Renseignements administratifs

Mesure de protection : oui non demande en cours déposée le ___ / ___ / ___

• Nature de la mesure (curatelle, tutelle, sauvegarde de justice...)

• Par qui est-elle exercée (nom et coordonnées) :

.....

• Mail :

Coordonnées de la personne qui assure le suivi administratif :

Nom – Prénom :

Téléphone : Mail :

Sécurité sociale : n° et caisse d'affiliation :

Personnes en situation de handicap (joindre la notification MDA ou MDPH) :

• ***Orientation en établissement médico-social*** : (joindre la notification)

Oui Préciser (ESAT, Foyer de vie, FAM ...) :

Non Demande en cours déposée le ___ / ___ / ___

• ***Attribution de la PCH*** : (joindre la notification)

Oui Date d'échéance le ___ / ___ / ___

Non Demande en cours déposée le ___ / ___ / ___

Taux d'incapacité : oui à% Non en cours d'examen

Personnes âgées :

• ***Attribution de l'APA*** (joindre la notification)

Oui GIR : 1 2 3 4

Non Demande en cours déposée le ___ / ___ / ___

◆ Ressources : financement de l'accueil (à remplir précisément)

Dans le cas où les ressources du demandeur (fonds propres, PCH/APA, allocation logement...) seraient insuffisantes pour financer cet accueil, l'aide sociale peut être sollicitée. Le délai d'instruction d'une demande d'aide sociale nécessite à ce que la personne accueillie puisse assurer le paiement des deux premiers mois.

Le manque de ressources n'est pas un motif d'avis défavorable en soit pour une entrée en famille d'accueil.

A titre indicatif, dans le cadre d'une aide sociale les tarifs d'hébergement en famille d'accueil varient entre 1900 € et 2 400 € par mois (cotisations URSSAF comprises).

Important : la personne accueillie s'engage à s'acquitter de la rétribution de la famille d'accueil.

Éléments de la vie quotidienne

◆Évaluation des aptitudes et du comportement de la personne

- Capacités de communication et d'expression (langage, lecture, écriture...)

.....

- Repérage dans le temps et dans l'espace

.....

- Capacités à participer aux tâches quotidiennes de la vie familiale (faire son lit, mettre le couvert,...)

.....

- Autonomie dans la vie sociale (prendre le bus, marcher seul à l'extérieur...)

.....

- Autres aspects méritants d'être signalés :

.....

.....

La personne peut-elle :

Faire sa toilette seule oui non

S'habiller seule oui non

Gérer la prise de son traitement oui non

Fait-elle des fausses routes oui non

Incontinence oui non

Troubles du sommeil oui non

◆Rythmes de vie

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

OUI

NON

Expliquer ses habitudes de vie :

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

◆ Centres d'intérêts

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

Santé de la personne

Suivi par un personnel paramédical et/ou médical : Oui Non

Pour quel(s) type(s) d'intervention(s).....
.....

Suivi CMP : Oui Non Ce suivi sera-t-il poursuivi ? Oui Non

Pourquoi ?.....

Hôpital de jour : Oui Non Si oui, quelle(s) fréquence(s) :.....

Hospitalisations passées :
.....
.....

Dépendances

Alcool oui non

Tabac oui non

Autres :..... oui non

Si oui, quel(s) type(s) de suivi(s) est mis en place :
.....
.....

Projet d'accueil familial

Le projet de famille d'accueil est porté par l'orienteur qui s'engage à être disponible pour présenter la demande et trouver un relai pour le suivi de l'accueil.

◆ Adhésion de la personne au projet ?

OUI

NON, pourquoi ?

.....
.....

La demande d'entrée en famille d'accueil est-elle le premier choix de la personne demandeuse ? OUI NON

Quelles sont vos attentes ? vos besoins ?

.....
.....

Si non, quelles autres démarches ont été engagées ?

.....
.....

Profil de l'accueillant familial souhaité :

Zone géographique souhaitée :

◆ Raison de la demande ?

Fin d'accueil Aide Sociale à l'Enfance

Inadaptation du logement

Epuisement de l'entourage, perte de soutien familial

Rapprochement familial

Isolement, insécurité, lien social

Séjour de répit avec le collectif

Autres

désadaptation à la vie en autonomie

Modalité de présentation de la demande

L'orienteur s'engage à se rendre disponible pour fournir les éléments nécessaires à l'étude de la demande.

La commission peut s'établir sous différents formats. Merci de choisir celui ou ceux qui vous convien(nen)t :

Visioconférence

Présentiel

Téléphone

Coordonnées de la personne qui présentera la demande :

Tuteur professionnel du secteur médical ou social personne proche famille

.....

Mail : Tél.....

Date et signature de La personne âgée ou en situation de handicap :

Coordonnées de la personne qui a aidé à remplir le dossier :

Tuteur professionnel du secteur médical ou social personne proche famille

.....

.....

.....

.....

Mail :

Date et signature :

ATTESTATION DE SUIVI OBLIGATOIRE

La personne concernée est prise en charge par un :

- CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE**
- SERVICE HOSPITALIER**
(A compléter par le médecin)
- Etablissement social et médico-social**
- EHPAD**

Nom et prénom de la personne concernée par le projet d'accueil familial :

.....

Date de naissance : ___ / ___ / _____ /

Non du médecin psychiatre référent **ou** responsable de l'établissement :

Adresse :

.....

Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Je sous signé, M.....m'engage :

à assurer la continuité du suivi médical de M.....
et à transférer son dossier vers le CMP du secteur géographique où réside la famille d'accueil.

Si l'entrée en famille d'accueil fait suite à une hospitalisation ou un accueil en structure :

le service ou l'établissement s'engage à réintégrer dans les trois premiers mois d'accueil, la personne concernée dans l'éventualité d'un échec du projet d'accueil.

A le
Cachet et signature