



DEMANDE DE PLACE EN FAMILLE D'ACCUEIL ADULTE

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

Temporaire

Permanente

Journée

◆ État civil

Nom et prénom :

Nom de Jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Situation familiale :

◆ Domiciliation

Adresse actuelle et n° de téléphone :

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

Adresse du domicile antérieur (si la personne est actuellement en établissement) :

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

Dossier à renvoyer : **Service des prestations individuelles - Accueil Familial - 64 rue Anita Conti - CS 20514 - 56035 VANNES Cedex**

◆ 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) :

.....

Sécurité sociale : n° et caisse d'affiliation :

Personnes en situation de handicap :

• 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'A.P.A (joindre la notification)

Oui GIR : 1 2 3 4 Date d'échéance le ___/___/___

Non Demande en cours déposée le ___/___/___

Ressources :

Ressources		Ressources		
AAH	€	PCH	€	-
Pension d'invalidité	€	ACTP	€	-
Salaire	€	APA	€	GIR : 1 2 3 4
Indemnisation chômage	€	AL/APL	€	
RSA	€	AUTRE		
Retraite	€			

Aide sociale : Oui Non

Département payeur :

Une demande d'aide sociale est-elle envisagée ? Oui Non

(La personne accueillie doit être en mesure de payer intégralement le salaire de la famille d'accueil les 2 premiers mois, le temps que l'aide sociale soit mise en place, si elle est accordée)

Une demande d'aide sociale est-elle déposée ? Oui Non

Éléments sociaux

◆ Histoire personnelle et situation actuelle conduisant à la demande d'accueil familial social

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

◆Description du comportement au quotidien et traits de caractère

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

◆Cursus scolaire et professionnel

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

◆Famille-relations familiales actuelles-autres liens

.....

.....

.....

.....

.....

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...)

.....

- Autonomie en ce qui concerne :

- L'hygiène :

- La prise des repas : fausses routes ?

.....

- L'habillement :

.....

- Prise de son traitement :

◆ 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

Précisez : (infirmière, Kinésithérapeute, psychiatre, cardiologue, etc....)

.....

Suivi CMP : Oui Non

Ce suivi sera-t-il poursuivi ? Oui Non

Hospitalisations passées :

.....

.....

.....

Projet d'accueil familial

◆ Adhésion de la personne au projet ?

OUI NON

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

◆ Une autre démarche est-elle engagée en vue d'une admission en établissement ou autre ?

OUI NON

Préciser :

.....

Sauf opposition expresse de votre part, nous vous informons que dans le cadre du partage d'informations, (l'article L226-2-2 du code de l'action sociale et des familles), les informations relatives à votre demande de place en famille d'accueil adulte feront l'objet d'un échange en réunion d'équipe entre les médecins, le travailleur social et les gestionnaires administratifs présents.

Dossier à renvoyer : **Service des prestations individuelles - Accueil Familial - 64 rue Anita Conti - CS 20514 - 56035 VANNES Cedex**

Date et signature :

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

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

Date et signature :

ATTESTATION DE SUIVI OBLIGATOIRE, SI :

CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE

Ou

SERVICE HOSPITALIER

(A compléter par le médecin)

Accueil familial pour personnes en situation de handicap

Votre patient a fait une demande d'orientation en accueil familial auprès du département du Morbihan.

Dans le cas où :

Cette demande nécessiterait un changement de CMP

S'inscrit dans la construction de son projet de vie accompagnée par l'équipe hospitalière

Il vous est demandé de compléter cette attestation.

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

.....

Date de naissance : ___ / ___ / _____ /

Non du médecin psychiatre référent ou chef de service :

CMP ou service hospitalier de :

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 :

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