

**Direction de l'Autonomie**

Accueil Familial Adultes

**6B Rue du Verdon**

**67100 STRASBOURG**

**☎ : 03 69 33 24 41**

[accueil.familial@alsace.eu](mailto:accueil.familial@alsace.eu)

Transmis le    /    /  
(à remplir par le service Accueil Familial)

## PROJET D'ENTRÉE EN FAMILLE D'ACCUEIL POUR PERSONNE AGÉE OU EN SITUATION DE HANDICAP

### CANDIDAT(E) A L'ACCUEIL

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**NOM de naissance :** .....

**Date et lieu de naissance :** ...../...../..... à .....

**Adresse :** .....

**Type d'accueil souhaité :**     Temps complet                       Temps partiel                       Temporaire

Personne en situation de handicap de 20 à 60 ans

Personne en situation de handicap de plus de 60 ans

Personne âgée de plus de 60 ans

**Avez-vous déjà contacté une famille d'accueil ?**     Oui     Non

**Si oui,** merci de préciser : .....

### SITUATION DE LA PERSONNE AU MOMENT DE LA DEMANDE

#### 1) LIEU DE VIE

Vit seule à son domicile à l'adresse indiquée ci-dessus

Autre situation :

Hospitalisée :

Service : .....

Depuis le : ...../...../.....

Hébergée : .....

Accueillie en établissement : .....

**Pour chacune de ces situations, adresse précédente :** .....

.....

## 2) ENTOURAGE

FAMILLE OU AUTRES PERSONNES DE L'ENTOURAGE			
NOM – Prénom	Lien avec le candidat(e)	Coordonnées	Nature de l'aide (ex : courses, repas, ...)

## 3) INTERVENANTS PROFESSIONNELS

L'EQUIPE MEDICALE, PARAMEDICALE ET SOCIALE QUI PARTICIPE AU SUIVI ET SOUTIENT LE PROJET		
Fonction	NOM – Prénom	Coordonnées

**La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection judiciaire ?**

- Oui
  Non
  Demande en cours  
 ⇒ Préciser à quel stade en est la demande :  
 .....

**Si oui,**

**Nature de la mesure :**

- Sauvegarde de justice
  Curatelle simple
  Curatelle renforcée
  Tutelle
  Autre mesure de protection alternative : .....

**Personne assurant la mesure :** .....

Service et adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....@.....

**Si non ou si la demande est en cours,**

Personne assurant la gestion des biens : .....

Lien avec le candidat : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....@.....

**4) ELEMENTS BUDGETAIRES ET FINANCEMENT DE L'ACCUEIL**

A REMPLIR POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP		
Nature des revenus	Montant mensuel	Organismes payeurs
AAH	€	
Pension d'invalidité	€	
Rente accident	€	
Salaire et prime d'activité	€	
ACTP (Allocation compensatrice tierce personne)	€	
PCH (Prestation de compensation du handicap)	€	
Allocation logement	€	
Autre revenu (à préciser) <i>pension alimentaire, prestation compensatoire, revenu locatif, ...</i>	€	
<b>TOTAL des revenus mensuels</b>	€	

A REMPLIR POUR LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 60 ANS		
Nature des revenus	Montant mensuel	Organismes payeurs
Pension de retraite principale	€	
Pension de retraite complémentaire	€	
Allocation logement	€	
APA (Aide personnalisée d'autonomie)	€	
Autre revenu (à préciser) <i>pension alimentaire, prestation compensatoire, revenu locatif, ...</i>	€	
<b>TOTAL des revenus mensuels</b>	€	

**Modalités de financement de l'accueil :**

⇒ A titre indicatif, le coût de l'hébergement en famille d'accueil varie entre 1800€ et 2300€ par mois.

Aides envisagées pour le financement de l'hébergement en famille d'accueil :

- APA (Aide personnalisée d'autonomie)
- PCH (Prestation de compensation du handicap)
- Aide sociale à l'hébergement
- Autre aide ou soutien financier

**5) RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

EPARGNE		
Nature du compte ou du placement	Montant du capital placé	Intérêts annuels
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€
<b>TOTAL</b>	€	€

**Justificatifs à joindre :**

- ⇒ **Notifications MDPH** (AAH, ACTP, Orientations...) : pour les personnes dont le handicap a été reconnu par la MDPH.
- ⇒ **Décision du tribunal** : pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection.

