

Reçu le .....

**Direction de l'Autonomie**  
Accueil Familial Adultes  
**100 avenue d'Alsace**  
**B.P. 20351**  
**68006 COLMAR CEDEX**  
**☎ 03.89.30.68.74**

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

### CANDIDAT(E) A L'ACCUEIL

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

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

**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 DU CANDIDAT(E) AU MOMENT DE LA DEMANDE

#### 1) LIEU DE VIE

**Vit seul(e) 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 DU CANDIDAT(E)

Famille ou autres personnes de l'entourage :

NOM - Prénom	Lien avec le candidat(e)	Coordonnées	Nature de l'aide (ex : courses, préparation des repas, ...)

## 3) INTERVENANTS PROFESSIONNELS

L'équipe médicale, paramédicale et sociale qui participe au suivi et soutient le projet :

Fonction	NOM - Prénom	Coordonnées

**La personne chargée de la mesure de protection :**

Nom - Prénom : .....

Service et Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... mail : .....

**Nature de la mesure :**

- Sauvegarde de justice
- Curatelle simple
- Tutelle

Curatelle renforcée

Autre mesure de protection alternative : .....

**Demande en cours** (préciser à quel stade en est la demande) :

**La personne assurant la gestion des biens s'il n'y a pas de mesure de protection ou si la demande est en cours :**

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : ..... mail : .....

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

**Personne en situation de handicap :**

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

**Personne âgée de plus de 60 ans :**

Nature des revenus	Montant mensuel	Organismes payeurs
Pension de retraite principale	€	
Pension de retraite complémentaire	€	
Allocation logement	€	
Aide personnalisée d'autonomie (APA)	€	
Autre revenu (à préciser) : pension alimentaire, prestation compensatoire, revenu locatif	€	
<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.

**CONTEXTE DE LA DEMANDE ET PARCOURS DE VIE DU CANDIDAT**

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

**Document rempli par .....**  
**En qualité de .....**

**Date .....**

**Signature :**