

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 AGÉE OU HANDICAPÉE

Le projet d'entrée en famille d'accueil d'une personne âgée ou en situation de handicap nécessite l'examen du dossier social et du suivi médical de la personne.

Le service « Accueil Familial Adultes » vous remercie de la transmission :

- des formulaires remplis à l'adresse sus-citée, à savoir :
 - Le formulaire « volet médical », confidentiel précisant les antécédents médicaux, les traitements médicamenteux en cours, ainsi que les renseignements nécessaires au suivi et à la surveillance de la personne,
 - Le formulaire « volet administratif et social » précisant le suivi social, les ressources ainsi que les éléments de dépendance et les souhaits de la personne pour son projet de vie personnalisé, le contexte de demande d'entrée en famille d'accueil, et la continuité du suivi médico-social.

- des pièces justificatives, à savoir :
 - Les notifications concernant le handicap (pour les personnes reconnues en situation de handicap par la MDPH), les justificatifs de ressources, d'épargne, la mesure de protection etc. **Le dossier du candidat ne pourra être pris en considération qu'après réception du dossier complet accompagné de l'ensemble des documents justificatifs demandés.**

CANDIDAT(E) A L'ACCUEIL :

NOM : **Prénom :**

Date de naissance : **à**

Personne handicapée de 20 à 60 ans

Personne âgée de plus de 60 ans

Projet d'accueil à : Temps complet Temps partiel Temporaire

Actuellement :

- Hospitalisé à :

Service :

Depuis le : /_/_/_/_/_/

- Hébergé à :

Domicile avant l'hospitalisation ou l'hébergement en structure :

.....
.....

Famille ou référents familiaux :

NOM – Prénom	Lien familial	Adresse	Téléphone

SUIVI ET INTERVENANTS ACTUELS

Le travailleur social qui accompagne le projet d'accueil :

Nom – Prénom :

Structure (hôpital, service...) :

Adresse :
.....

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ mail :.....

Permanences :

L'équipe médicale qui participe au suivi (médecin hospitalier ou médecin traitant) :

Qualité (Médecin, infirmier...) :

Nom :

Adresse :
.....
.....

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ mail :.....

Mesure de protection judiciaire : Joindre copie de l'ordonnance du tribunal

OUI NON Demande en cours

Mandataire spécial Tutelle Curatelle

Autre (à préciser) : TRIBUNAL compétent :

Nom – Prénom du curateur ou tuteur (et/ou du délégué à la mesure de protection) :

Adresse :
.....

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Portable : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Mail :

Coordonnées de la personne qui assure la gestion des biens s'il n'y a pas de mesure de protection ou si la demande est en cours :

Nom Prénom :

Téléphone /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Portable : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Adresse :

LES RESSOURCES DE LA PERSONNE AGÉE OU HANDICAPÉE

Revenus mensuels courants :

Organismes payeurs :

Personne en situation de handicap :

A.A.H. €
Pension d'invalidité €
Rente accident du travail €
Salaire -garantie de ressource €
Allocation compensatrice Tierce Personne (ACTP) €
Prestation de compensation du Handicap (PCH) €	<u>A quel titre</u> : aide-humaine, articles d'hygiène, etc
Allocation Logement €	Précisez :

Personne âgée de + de 60 ans :

Organismes payeurs :

Pension de retraite : CRAV etc. €
Retraites complémentaires : €
Allocation logement €	

Total des ressources mensuelles €

Joindre tous les justificatifs : ressources + épargne + revenus fonciers le cas échéant

EPARGNE (DETAIL)		
	<u>Capitaux placés : Montants</u>	<u>Intérêts annuels :</u>
Livret A ou livret bleu :	€	€
Autres comptes :	€	€
	€	€
	€	€
	_____	_____
	Total : €	Total : €

Participation financière aux frais d'accueil :

La personne accueillie :

Sollicite(ra) : L'A.P.A. La PCH L'aide sociale aux frais d'hébergement*
 (Allocation personnalisée à l'autonomie - Prestation de compensation du handicap)

Bénéficie déjà de : L'A.P.A. La PCH. L'aide sociale aux frais d'hébergement

Compte tenu des délais administratifs, le dossier d'aide sociale est à constituer dès la concrétisation du projet d'accueil et au plus tard le jour de l'accueil lors de la signature du contrat entre l'intéressé(e) et/ou son représentant légal et la famille d'accueil.

A titre indicatif, les tarifs d'hébergement en famille d'accueil varient entre 1 690 et 2 250 € par mois.

Rappel :

Il est demandé aux services ou intervenants qui sollicitent l'entrée en famille d'accueil d'assurer le suivi des personnes accueillies, et/ou d'organiser le relais du suivi sur la durée du temps d'accueil. Il est également rappelé qu'en cas d'essai infructueux dans une famille d'accueil, la personne réintègrera le service dont elle dépendait avant l'entrée en accueil familial.

Information : en cas de demande d'aide sociale :

Pour les personnes handicapées, de moins de 60 ans ou de plus de 60 ans reconnues handicapées avant cet âge :

Il n'y a pas de mise en jeu de l'obligation alimentaire

Pour les personnes âgées de plus de 60 ans :

Les obligés alimentaires sont :

- Les enfants, ou petits enfants
- Les conjoints des enfants.
- Les parents

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour permettre un accueil dans les meilleures conditions, il est important de vérifier la prise en charge administrative permettant l'accès aux soins.

Joindre copies des attestations de droit CPAM + Mutuelle.

A ce titre, il est utile de déterminer si la personne à accueillir :

Est en possession de sa Carte Vitale OUI NON

↳ Adresse de la CPAM dont elle dépend :

Bénéficie de la CMU OUI NON

Est classée en Affection Longue Durée (ALD) (*ouvre droit à une prise en charge 100 % de la Sécurité Sociale pour les soins y afférant*). OUI NON

Est affiliée à une mutuelle OUI NON

↳ Adresse :

Pour les personnes handicapées âgées de 20 à 60 ans (ou reconnues handicapées avant l'âge de 60 ans) :

Décisions de la MDPH (AAH, ACTP, orientation...) **Joindre les copies de toutes les notifications +**

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

PROJET ET SOUHAITS DE LA PERSONNE

Le projet d'entrée en famille d'accueil a-t-il été discuté avec l'intéressé ?

OUI NON

si oui, préciser :

si non, pourquoi et qui est à l'initiative de ce projet :

La personne souhaite-t-elle être accueillie : en ville à la campagne

Zone géographique souhaitée :

La présence d'animaux dans la famille pose-t-elle un problème ?

OUI NON

Quelles sont les occupations habituelles de la personne ?

Souhaits particuliers :

**CONTEXTE DE LA DEMANDE, HISTOIRE SOCIALE
ET RELATIONS AVEC LA FAMILLE ***

(*si place insuffisante, ajouter une feuille supplémentaire sur papier libre)

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

Continuité du suivi médico-social de la personne accueillie en famille d'accueil :

Travailleur social qui assurera le suivi social :

Nom – Prénom :

Structure (hôpital, service...) :

Adresse :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ mail :.....

Fréquence et rythme du suivi :

L'équipe médicale qui effectuera le suivi (médecin hospitalier, infirmier...) :

Qualité (Médecin, infirmier...) :

Nom –Prénom :.....

Adresse :

Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ mail :.....

Fréquence et rythme du suivi :

Document rempli par en qualité de

Date /_/_/_/ /_/_/_/

Signature :

Direction de l'Autonomie

Accueil Familial Adultes
100 avenue d'Alsace
B.P. 20351
68006 COLMAR CEDEX
☎ 03.89.30.68.74

Dossier suivi par Dr Isabelle MAGNIEN
 ☎ : 03 89 30 68 71.

Colmar, le

Questionnaire médical confidentiel

Cher Confrère,

Votre patient fait une demande d'entrée en famille d'accueil.

Afin de pouvoir traiter son dossier dans les meilleurs délais, je vous prie de bien vouloir compléter ce formulaire et de nous le faire parvenir sous pli confidentiel.

Ce document est complémentaire au dossier d'entrée en famille d'accueil.

Ces informations nous sont nécessaires pour déterminer l'adéquation la meilleure entre votre patient et les familles d'accueil disponibles sur le Haut-Rhin.

Avec tous mes remerciements.

Le Conseiller Médical
 Dr Isabelle MAGNIEN

PATIENT	MÉDECIN TRAITANT ou PSYCHIATRE
Nom & prénom :	Nom & prénom :
Date naissance : /_/_/-/_/_/-/_/_/_/_/_/	Adresse :
Adresse :	Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/
Téléphone : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/	Date : /_/_/-/_/_/-/_/_/_/_/_/
	Signature :

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, PSYCHIATRIQUES, CHIRURGICAUX

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX EN COURS

HISTORIQUE DU PATIENT (DOMICILES, HOSPITALISATIONS)

ÉTAT NEURO-PSYCHOLOGIQUE

1) Agitation, fugues

Oui Non Parfois

2) Opposition

Oui Non Parfois

3) Agressivité verbale

Oui Non Parfois

Si **OUI**, à quelle occasion :

.....
.....

4) Violence physique

Oui Non Parfois

Si **OUI**, à quelle occasion :

.....
.....

5) Troubles du langage

Oui Non Parfois

6) Antécédent de tentative d'autolyse

Oui Non

7) Éthylisme ou antécédents d'éthylisme

Oui Non

Si **OUI**, patient sevré depuis quelle date : /__/__/ - /__/__/ - /__/__/ - /__/__/

8) Tabagisme

Oui Non

Important : Oui/Non

Modéré : Oui/Non

8) Troubles de l'alimentation

Oui Non Parfois

9) Troubles du sommeil

Oui Non Parfois

Si **OUI**, description :

.....
.....

10) Le patient peut-il rester sans surveillance pendant quelques heures ?

Oui Non Parfois

1) Fonctions supérieures :

- Troubles de la mémoire et de la cohérence :

oui non parfois

- Désorientation spatio-temporelle :

oui non parfois

2) Soins personnels :

2-1 Toilette :

Seul(e) Aide partielle ou stimulation Aide totale

2-2 Habillage :

Seul(e) Aide partielle ou stimulation Aide totale

3) Alimentation : (hors préparation des repas)

3-1 Se servir :

Seul(e) Aide partielle ou stimulation Aide totale

3-2 Manger :

Seul(e) Aide partielle ou stimulation Aide totale

4) Gestion de l'élimination :

4-1 Urines :

Gère seul(e) Aide partielle ou stimulation Aide totale

4-2 Selles :

Gère seul(e) Aide partielle ou stimulation Aide totale

5) Transferts et déplacements :

5-1 Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) :

Seul(e) Aide ponctuelle Aide systématique

5-2 Déplacements intérieurs :

Seul(e) Aide ponctuelle Aide systématique

6) La personne peut-elle rester quelques heures sans surveillance ?

Oui Non Occasionnellement

AUTRES OBSERVATIONS :

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

Date

Nom et signature du médecin