



# ACCUEIL FAMILIAL

## FORMULAIRE DE DEMANDE

La demande concerne :

- Une Personne Agée
- Une Personne Handicapée

### **LISTE DES PIÈCES À FOURNIR :**

#### **IMPRIMÉS CI-JOINT :**

- Le formulaire de demande
- Le certificat médical à faire remplir par le médecin traitant
- La grille AGGIR à faire remplir par le médecin traitant

#### **ÉLÉMENTS À RAJOUTER :**

- La photocopie du jugement, si existence d'une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice).
- La photocopie de la décision d'APA pour les personnes hors Loire

## DEMANDE D'ENTREE EN FAMILLE D'ACCUEIL

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR :

NOM D'USAGE : .....

NOM DE NAISSANCE : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : .....

NATIONALITE : .....

N° DE SECURITE SOCIALE : .....

SITUATION DE FAMILLE : célibataire marié divorcé veuf concubin

Mentionnez si vous faites l'objet d'une mesure de protection :

Sauvegarde de justice Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée

Nom et adresse de l'organisme, de la personne chargée de la gestion des biens :

.....  
.....

Code postal ::..... Ville : .....

Tel :.....mail : .....

La personne est-elle informée de la démarche : Oui Non

La personne consentante vis-à-vis de cette entrée : Oui Non

### ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR :

Adresse : .....

Code postal ::..... Ville : .....

Tel :.....Email : .....

Préciser s'il s'agit :

du domicile

d'un établissement d'hébergement. Précisez lequel : ..... Date d'entrée : .....

d'un accueillant familial ; Précisez son nom : ..... Date d'entrée : .....

Autre. Précisez (par ex : chez un enfant, un parent....) : .....

Adresse précédente du demandeur :

Si vous êtes en établissement ou en famille d'accueil > Indiquez l'adresse du domicile avant la première entrée en établissement.

Si vous êtes à domicile, en cas de déménagement depuis moins de 3 mois > Indiquez l'adresse précédente.

Adresse : .....

Code postal ::..... Ville : .....

Tel :.....Email : .....

**ADRESSE DU CONJOINT (si différente de celle actuelle du demandeur)**

Adresse : .....

Code postal ::.....Ville : .....

Tel : .....Email : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PRESTATIONS PERCUES**

Percevez-vous :

La majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ? Oui Non

La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) ? Oui Non

L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ? Oui Non

La prestation de compensation du handicap (PCH) ? Oui Non

L'aide-ménagère versée par les caisses de retraite (PAP) ? Oui Non

L'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale ? Oui Non

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ? Oui Non

**PERSONNE(S) A JOINDRE POUR TOUT RENSREIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (enfants, parents, amis...)**

Nom – Prénom : .....Enfants Parents Amis Autre (précisez).....

Adresse : .....CP : .....Ville : .....

Tel : .....Email : .....

Nom – Prénom : .....Enfants Parents Amis Autre (précisez).....

Adresse : .....CP : .....Ville : .....

Tel : .....Email : .....

**MEDECIN TRAITANT**

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal ::.....Ville : .....

Tel : .....Email : .....

**RAISON DE LA DEMANDE D'ENTREE EN FAMILLE D'ACCUEIL**

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

**MODE D'ACCUEIL SOLLICITE**

- Permanent - Date d'entrée souhaitée : ...../...../.....
- Temporaire - Date d'entrée souhaitée : ...../...../.....- Durée du séjour (en nombre de jours) :....
- Séquentiel – Date d'entrée souhaitée : ...../...../..... - Précisez la périodicité de l'accueil souhaité (1 week-end / mois, 1 jour par semaine ...) : .....

- A temps complet
  - A temps partiel : Accueil de jour  –Accueil de nuit  –
- Préciser le nombre de jours, les jours ainsi que les horaires souhaités :
- .....
- .....
- .....

**SECTEUR(S) SOUHAITE(S) (plusieurs cases possibles)**

- Forez
- Gier-Ondaine-Pilat
- Roanne
- St-Etienne

Souhaitez-vous être contacté si une place est disponible sur un autre territoire Oui Non

Informations complémentaires : (Centres d'intérêts, habitudes de vie, animal de compagnie, lieu de vie souhaité (en milieu rural/urbain ; avec extérieur...) :

.....

.....

.....

.....

**FINANCEMENT DES FRAIS DE SEJOURS**

- Seul
- Obligé alimentaire ou autres tiers
- Aide sociale à l'hébergement Oui Non Demande en cours
- Allocation logement (APL) Oui Non Demande en cours

Autres commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

Date de la demande : ...../...../.....

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal



**DOCUMENT À REMPLIR  
PAR LE MÉDECIN TRAITANT**

## CERTIFICAT MÉDICAL

**À REMETTRE SOUS PLI CACHÉTÉ À L'INTÉRESSÉ**

### **À L'ATTENTION DU MÉDECIN TRAITANT**

*Dans l'intérêt du suivi de votre patient, et pour permettre à l'équipe médico-sociale d'effectuer une étude du dossier dans les meilleurs délais, je vous remercie de bien vouloir compléter la demande ci-après, la grille AGGIR et d'y joindre tout document complémentaire que vous jugerez utile.*

*Il est rappelé que l'équipe médico-sociale est astreinte au secret médical (article 226-13 du code pénal) ; elle reste à votre disposition pour vous informer de la suite réservée à cette demande.*

*En vous remerciant par avance de votre obligeance, je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes salutations confraternelles.*

*Le médecin autonomie de l'équipe médico-sociale*

### **ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR**

NOM ..... NOM de naissance .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse : .....

Code postal :: ..... Ville : .....

Sexe :  F  M

### **COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT**

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal :: ..... Ville : .....

### **COORDONNÉES DU MÉDECIN QUI COMPLÈTE LE CERTIFICAT MÉDICAL**

Nom – Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal :: ..... Ville : .....

## ORIGINE DE LA PERTE D'AUTONOMIE : LES PRINCIPALES PATHOLOGIES

GROUPE DE PATHOLOGIES	PATHOLOGIES PRINCIPALES (A cocher)	COMMENTAIRES
<b>1. Cardio-vasculaires</b>	1.1 Insuffisance cardiaque / myocardiopathie	
	1.2 Athérosclérose	
	1.3 Troubles du rythme	
<b>2. Bronchopulmonaires</b>	2.1 Broncho-pneumopathies	
	2.2 Insuffisance respiratoire	
<b>3. Neuropsychiatriques</b>	3.1 Accidents vasculaires cérébraux ( <i>à préciser</i> )	
	3.2 Épilepsie	
	3.3 Syndrome parkinsonien	
	3.4 Pathologies neurodégénératives	
	3.5 États anxio-dépressifs	
	3.6 Psychose, délire, hallucinations	
	3.7 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées	
	3.8 Éthylisme	
<b>4. Ostéoarticulaires</b>	4.1 Pathologies dégénératives ( <i>à préciser</i> )	
	4.2 Pathologies inflammatoires ( <i>à préciser</i> )	
	4.3 Séquelles post traumatiques ( <i>à préciser</i> )	
<b>5. Gastro-entérologiques</b>	5.1 Affections hépatiques, biliaires, pancréatiques	
	5.2 Incontinence fécale	
	5.3 Autres	
<b>6. Endocriniennes</b>	6.1 Diabète	
	6.2 Dysthyroïdie	
	6.3 Dénutrition	
	6.4 Déshydratation	
<b>7. Uronéphrologiques</b>	7.1 Insuffisance rénale	
	7.2 Incontinence urinaire	
<b>8. Hématologie et cancérologie</b>	8.1 Anémies	
	8.2 Cancers ( <i>à préciser</i> )	
	8.3 Hémopathies malignes ( <i>à préciser</i> )	
<b>9. Pathologies sensorielles</b>	9.1 Pathologies ophtalmologiques ( <i>à préciser</i> )	
	9.2 Pathologies auditives ( <i>à préciser</i> )	

TRAITEMENTS SUIVIS (Médicamenteux et/ou rééducation fonctionnelle)	PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION (à cocher)			DÉFICIENCES - BILANS COMPLÉMENTAIRES	
	Pathologie aiguë	Pathologie chronique	Évolution péjorative		
				Signes de décompensation	
				<input type="checkbox"/> Assistance respiratoire éventuelle	
				<input type="checkbox"/> Dysarthrie	<input type="checkbox"/> Aphasie, mutité
				Possibilité de communication : <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> non verbale	
				Localisation	<input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG
				Troubles de l'équilibre	
				Suivi neuro-psychiatrique	
				Troubles de mémoire	MMS : ..... Imagerie : .....
				Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Déambulation
				Aides techniques	<input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Déambulateur Autre : .....
				Type d'alimentation	
				<input type="checkbox"/> Troubles de déglutition <input type="checkbox"/> Stomie	
				Complications du diabète	<input type="checkbox"/> DNID <input type="checkbox"/> DID
				Poids : ..... Taille : .....	
				<input type="checkbox"/> Protections pour incontinence	<input type="checkbox"/> SAD
				<input type="checkbox"/> Dialyse Fréquence : .....	
				Acuité visuelle après correction	Œil droit : ..... Œil gauche : .....
				Déficit auditif moyen	Oreille droite : ..... Oreille gauche : .....

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

**Station debout pénible** Oui Non

Si limitation, chiffrez la durée : .....

**Périmètre de marche limité** Oui Non

Si limitation, chiffrez en mètres : .....

**Montée/descente d'escaliers limitée** Oui Non

Si limitation, donnez le nombre d'étages : .....

**Appareillages nécessaires pour es déplacements** Oui Non

(canne, déambulateur, fauteuil roulant, prothèse externe, etc.)

Si oui, précisez lesquels : .....

**Oxygénothérapie** Oui Non

Si oui, chiffrez le débit et la durée : .....

**Déplacements seul(e)** Possible Impossible

**Nécessité d'accompagnement : :**

Pour trajets simples Oui Non

Pour trajets complexes Oui Non

**Utilisation transports en commun : :**

Seul(e) Oui Non

Accompagné(e) Oui Non

**Conduite automobile** Possible Impossible

Sur véhicule classique Possible Impossible

Sur véhicule aménagé Possible Impossible

## OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES

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

Fait à : ..... Date : .....

Cachet et signature du médecin **indispensable**





# GRILLE NATIONALE AGGIR

## DEGRÉ D'AUTONOMIE ET BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT

*Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne à partir du constat des activités qu'elle effectue ou non. On ne doit pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, canne, etc.)*

### ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM D'USAGE : .....NOM DE NAISSANCE : .....

PRENOM : .....DATE DE NAISSANCE : .....

**A** : Fait seul(e) spontanément ET totalement ET habituellement ET correctement.

**B** : Fait seul(e) non spontanément ET/OU non totalement ET/OU non habituellement ET/OU non correctement.

**C** : Ne fait pas seul(e) OU l'activité est réalisée en partie par la personne, mais tout doit être refait à chaque fois.

			A	B	C
<b>1</b>	TRANSFERTS	• Se lever, se coucher, s'asseoir			
<b>2</b>	DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR	• Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
<b>3</b>	TOILETTE	• <b>Haut</b> : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage			
		• <b>Bas</b> : membres inférieurs, pieds, régions intimes			
<b>4</b>	ÉLIMINATION	• Assurer l'hygiène de l' <b>élimination urinaire</b>			
		• Assurer l'hygiène de l' <b>élimination fécale</b>			
<b>5</b>	HABILLAGE	• <b>Haut</b> : vêtements passés par les bras et/ou la tête			
		• <b>Moyen</b> : fermeture des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceinture, pressions			
		• <b>Bas</b> : vêtements passés par le bas du corps, y compris chaussettes, bas, chaussures			
<b>6</b>	ALIMENTATION	• <b>Se servir</b> : couper la viande, peler un fruit, remplir son verre			
		• <b>Manger</b> les aliments préparés			
<b>7</b>	ALERTER	• Utiliser les moyens de communication à distance, téléphone, sonnette, téléalarme			
<b>8</b>	DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR	• À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
<b>9</b>	ORIENTATION	• <b>Se repérer dans le temps</b> : saison, moment de la journée			
		• <b>Se repérer dans l'espace</b> : lieux de vie habituels et lieux nouveaux			
<b>10</b>	COHÉRENCE	• <b>Communication</b> : avec autrui dans la vie courante			
		• <b>Comportement</b> : réactions adaptées aux situations, agressivité			

### VOTRE PATIENT(E) BÉNÉFICIE-T'IL (ELLE) ?

D'un service de soins à domicile  Oui  Non

De soin(s) infirmier(s) à domicile  Oui  Non

D'une aide à domicile  Oui  Non

Fait à : ..... Date : .....

**Cachet et signature du médecin indispensable**

**LE DOSSIER COMPLETE EST A TRANSMETTRE**

**A L'ADRESSE SUIVANTE**

**HOTEL DU DEPARTEMENT**

**MLA – CELLULE COORDINATION**

**2RUE CHARLES DE GAULLE**

**42 022 SAINT-ETIENNE CEDEX 1**

**Loire**  
LE DÉPARTEMENT



**Maison**  
**LOIRE**  
Autonomie