

FICHE DE SAISINE

ACCUEIL FAMILIAL SOCIAL 18

L'accueil familial social s'adresse à :

- Une personne âgée de 60 ans et plus ;
- Ou à un adulte de 18 ans et plus en situation de handicap reconnu par la Commission des Droits et de l'Autonomie et bénéficiant soit :
 - d'un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80% ou compris entre 50 et 79% avec inaptitude à se procurer un emploi ;
 - d'une pension invalidité 2^{ème} catégorie ;
- Des personnes disposant néanmoins de capacités d'autonomie.

Date de la demande :

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE A ACCUEILLIR

Civilité	☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Autre
Nom et prénom	
Prénom	
Date de naissance	
Téléphone	
Adresse mail	
Situation familiale	☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐
Adresse actuelle	

MESURE DE PROTECTION (le cas échéant)

Organisme	
Nom et prénom	
Adresse	
Téléphone	
Adresse mail	
Nature de la mesure	☐ Tutelle ☐ Curatelle : ☐ renforcée ☐ simple ☐ Sauvegarde de justice ☐ Habilitation familiale ☐ Tutelle aux prestations sociales

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR (si différent de la personne concernée)

Nom	
Prénom	
Lien avec la personne	
Téléphone	
Adresse mail	

MOTIF DE LA DEMANDE

(Décrire brièvement les souhaits/attentes de la personne vis-à-vis de cet accueil)

PARCOURS DE VIE

Décrire brièvement le parcours de la personne.

(Joindre un rapport social si la personne bénéficie d'un accompagnement social)

TYPE DE LA DEMANDE

- | | |
|---|--|
| ☐ Accueil permanent | ☐ Accueil de jour ou de nuit ☐ |
| ☐ Accueil séquentiel | ☐ Accueil temporaire |

BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT IDENTIFIES

- | | |
|--|---|
| ☐ Présence rassurante | |
| ☐ Aide à la vie quotidienne | |
| ☐ Soutien moral / social | |
| ☐ Accompagnement vers le soin | |
| ☐ Aide à toilette | |
| ☐ Aide à habillage | |
| ☐ Aide à alimentation | |
| ☐ Aide aux déplacements : | ☐ intérieur ☐ extérieur |
| ☐ Gestion du comportement | |
| ☐ Autre : | |

PERSONNE A CONTACTER POUR UN ENTRETIEN

Nom	
Prénom	
Lien avec la personne	
Téléphone	
Adresse mail	

DOCUMENTS A FOURNIR

- | |
|---|
| ☐ Pièce d'identité
☐ Notification(s) MDPH
☐ Rapport social (le cas échéant)
☐ Décision de la mesure de protection (le cas échéant)
☐ Autre : |
|---|

SIGNATURE (ET CACHET SI PROFESSIONNEL)

De la personne concernée	Et/ou signature du représentant légal
--------------------------	---------------------------------------

Date de réception :
 (cadre réservé à l'administration)

Ce document est à transmettre par voie postale auprès du :

Conseil départemental
Direction Autonomie-MDPH
Service Prévention-Participation-Citoyenneté
Pôle accueil familial social
Les Pyramides-Route de Guerry-18000-BOURGES

ou par mail à l'adresse suivante :
pole-accueilfamilialsocial@departement18.fr

Modalités définies dans le règlement général sur la protection des données
--

Les données du présent formulaire sont nécessaires à l'instruction et à la gestion de la demande. Elles font l'objet d'un traitement informatisé placé sous la responsabilité du Conseil départemental. Elles sont destinées aux agents du pôle accueil familial du Conseil départemental pour le suivi de votre dossier et conserver pendant la durée n'excédant pas celle nécessaire.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données. Vous pouvez exercer ces droits auprès du Délégué à la protection des données – Conseil départemental du Cher – Hôtel du Département – 1 Place Marcel Plaisant – CS n°30322 – 18023 BOURGES Cedex ou via la rubrique « contact » sur <https://www.departement18.fr/>.

Enfin, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07)