

DEMANDE D'AGRÉMENT



ACCUEIL FAMILIAL

PERSONNE ÂGÉE OU ADULTE EN SITUATION
DE HANDICAP

SOLIDARITÉS ET
AUTONOMIE
DES PERSONNES



www.deux-sevres.fr

1^{re} demande

Renouvellement

QUESTIONNAIRE À L'ATTENTION DU OU DES CANDIDATS

CANDIDAT	
<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom	
Nom de jeune fille	
Prénom(s)	
Nom du (de la) conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)	
Prénom(s)	
En cas de vie maritale, merci de préciser le nom du candidat	
Adresse	
N° téléphone du domicile	<input type="text"/>
Portable (facultatif)	<input type="text"/>
Numéros de téléphone auxquels vous pouvez être joint(s) dans la journée	Mme : <input type="text"/>
	M. : <input type="text"/>
E-mail	

1 Informations relatives au foyer

CANDIDAT	CONJOINT(E), PARTENAIRE PACSÉ(E) OU CONCUBIN
État civil : Nom:..... Prénom : Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Lieu de naissance : Nationalité:.....	État civil : Nom:..... Prénom : Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Lieu de naissance : Nationalité:.....
Composition de la famille du demandeur : Nom Prénom du père:..... Date de naissance : Nom Prénom de la mère : Date de naissance : Adresse des parents : Nombre de frères et sœurs :	Composition de la famille du (de la) conjoint(e), concubin(e), pacsé(e) du candidat : Nom Prénom du père:..... Date de naissance : Nom Prénom de la mère : Date de naissance : Adresse des parents : Nombre de frères et sœurs :
Situation familiale actuelle Marié(e)/célibataire/veuf(e)/séparé(e)/divorcé(e)/pacsé(e)/concubin(e) Depuis le : À(lieu) :	Situation familiale actuelle Marié(e)/célibataire/veuf(e)/séparé(e)/divorcé(e)/pacsé(e)/concubin(e) Depuis le : À(lieu) :
Situation(s) familiale(s) antérieure(s), s'il y a lieu Mariage/célibat/veuvage/séparation/divorce/pacs/concubinage Dates :	Situation(s) familiale(s) antérieure(s), s'il y a lieu Mariage/célibat/veuvage/séparation/divorce/pacs/concubinage Dates :

2 Renseignements familiaux et sociaux

ENFANTS DU COUPLE				
Il s'agit des enfants du couple, que ceux-ci soient au foyer ou en dehors du foyer.				
Nom-prénoms	Date et lieu de naissance	Lien de parenté	Adresse actuelle	Situation scolaire ou professionnelle
ENFANTS DU CANDIDAT				
Que ceux-si soient au foyer ou en dehors du foyer.				
Nom-prénoms	Date et lieu de naissance	Lien de parenté	Adresse actuelle	Situation scolaire ou professionnelle
ENFANTS DU (DE LA) CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PACSÉ(E)				
Que ceux-ci soient au foyer ou en dehors du foyer.				
Nom-prénoms	Date et lieu de naissance	Lien de parenté	Adresse actuelle	Situation scolaire ou professionnelle
PERSONNE(S) AU FOYER, AUTRES QUE LES ENFANTS				
.....				
.....				
.....				

3 Situation professionnelle

CANDIDAT	CONJOINT(E), CONCUBIN OU PACSÉ(E)
Profession :	Profession :
Employeur actuel :	Employeur actuel :
Adresse :	Adresse :
Niveau d'études :	Niveau d'études :
Diplôme(s) obtenu(s) :	Diplôme(s) obtenu(s) :

4 Budget

RESSOURCES	
Salaire mensuel net du candidat	
Salaire mensuel net du (de la) conjoint(e), concubin(e), pacsé(e)	
Retraite	
Pension (invalidité, AAH, accident du travail...)	
Autres revenus (prestations familiales, rentes, revenus locatifs,...)	
CHARGES	
Loyer	
Accession à la propriété et échéance	
Remboursement d'emprunt	
EDF/GDF	
Eau	
Chauffage	
Impôt sur le revenu	
Taxe d'habitation	
Taxe foncière	
Pension alimentaire	
Crédits à la consommation et échéance	
Autres	

5 Votre demande d'agrément

S'agit-il d'une première demande ? OUI NON

Avez-vous déjà sollicité un agrément auprès de la PMI* ? OUI NON

• en quelle année : • suite donnée :

ou de l'ASE* ? OUI NON

• en quelle année : • suite donnée :

Avez-vous déjà sollicité un agrément dans un autre département ? OUI NON

• dans quel autre département : • suite donnée :

• en quelle année :

6 Projet d'accueil

L'accueil familial constituera t-il votre activité principale ? OUI NON

Souhaitez-vous accueillir :

Une ou des personnes âgées Précisez le nombre :

Une ou des personnes en situation de handicap Précisez le nombre :

Quel type d'accueil demandez-vous ?

• accueil permanent OUI NON • temps complet OUI NON

• accueil temporaire OUI NON • temps partiel* OUI NON

• Précisez si l'accueil à temps partiel est un accueil de jour, séquentiel, de semaine hors week-end

Votre mobilité :

Possédez-vous le permis de conduire ? OUI NON

Si non, comment assurerez-vous les déplacements éventuels de la (ou des) personne(s) accueillie(s) ?

Votre projet d'accueil :

Développez en quelques lignes, votre projet d'accueil et vos motivations.

Activités proposées à la personne accueillie :

.....

PMI Protection maternelle et infantile
ASE : Aide sociale à l'enfance

7 Conditions matérielles de l'accueil

ÊTES-VOUS

propriétaire de votre logement OUI NON

locataire* OUI NON

autre situation (à préciser) OUI NON

* Dans ce cas, vous devez fournir une photocopie du bail et un accord écrit de votre propriétaire vous autorisant à exercer l'accueil familial.

SITUATION DU LOGEMENT FAMILIAL

S'agit-il d'un logement situé :

• en ville OUI NON

• dans un village OUI NON

• isolé OUI NON

Si il est isolé, à quelle distance des commerces ou du village ?

S'agit-il d'une maison particulière ? OUI NON

• de plain-pied OUI NON

• à étages OUI NON

Si oui, combien ?

S'agit-il d'un appartement ? OUI NON

• desservi par un ascenseur OUI NON

• à quel étage de l'immeuble ?

DESCRIPTIF DU LOGEMENT FAMILIAL

Surface totale habitable du logement :

Composition et surface des pièces d'habitation à usage commun :

• m²

• m²

• m²

• m²

• m²

Nombre et surface des chambres :

• m²

• m²

• m²

• m²

• m²

Y-a t'il des pièces auxquelles la personne accueillie n'aura pas accès ? OUI NON

Si oui précisez :

Éléments sanitaires

salle d'eau avec douche OUI NON

salle d'eau avec baignoire OUI NON

WC situé dans la salle d'eau OUI NON

Mode de chauffage

• individuel OUI NON

• gaz OUI NON

• fuel OUI NON

• collectif OUI NON

• électricité OUI NON

• bois OUI NON

• autre précisez :

DESCRIPTIF DES PIÈCES MISES À DISPOSITION DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Surface de(s) chambre(s) mise(s) à disposition de(s) la personne(s) accueillie(s)

Chambre 1 : m²

Chambre 2 : m²

Chambre 3 : m²

Situation de ces chambres dans le logement familial (en indiquant l'étage s'il y a lieu) :

Chambre 1 :

Chambre 2 :

Chambre 3 :

Chambre 1

La personne disposera-t-elle d'une salle d'eau particulière ? OUI NON

• avec douche OUI NON

• contigüe à la chambre OUI NON

• au même étage OUI NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un lavabo particulier ? OUI NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un WC particulier ? OUI NON

La chambre est-elle équipée pour recevoir le téléphone ? OUI NON

La chambre est-elle équipée pour recevoir la télévision ? OUI NON

Chambre 2

La personne disposera-t-elle d'une salle d'eau particulière ? OUI NON

• avec douche OUI NON

• contigüe à la chambre OUI NON

• au même étage OUI NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un lavabo particulier ? OUI NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un WC particulier ? OUI NON

La chambre est-elle équipée pour recevoir le téléphone ? OUI NON

La chambre est-elle équipée pour recevoir la télévision ? OUI NON

Chambre 3

La personne disposera-t-elle d'une salle d'eau particulière ? OUI NON

- avec douche OUI NON
- contigüe à la chambre OUI NON
- au même étage OUI NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un lavabo particulier ? OUI NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un W.C particulier ? OUI NON

La chambre est-elle équipée pour recevoir le téléphone ? OUI NON

La chambre est-elle équipée pour recevoir la télévision ? OUI NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un mode de chauffage différent du reste du logement ?

OUI NON

- au gaz OUI NON
- électricité OUI NON
- au fuel OUI NON
- au bois OUI NON

Quel mobilier mettrez-vous à la disposition de la personne accueillie ?.....

.....

Pourra-t-elle apporter des meubles personnels ? OUI NON

Avez-vous des animaux de compagnie ? OUI NON

Si oui, lesquels :.....

.....

Accepteriez-vous que la personne accueillie ait un animal de compagnie ? OUI NON

Si oui, lesquels :.....

.....

8 Engagement à suivre une formation initiale et continue dans le cadre de l'activité d'accueillant familial

Je soussigné

Nom :

Prénom :

demeurant :

Nous, soussignés

Nom(s) :

Prénoms :

demeurant :

.....

m'engage

nous engageons

à suivre la formation initiale et continue organisée par le Président du Conseil départemental des Deux-Sèvres, dans le cadre de mon (notre) activité d'accueillant(e)(s) familial(e)(s) de personnes âgées ou personnes adultes en situation de handicap, conformément aux dispositions de l'article L 441-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Date et signature(s) du ou des candidat(s) à l'agrément.

Souhaits de formation, informations ou suggestions complémentaires:.....

.....

.....

.....

.....

.....

9 Lien avec le service Protection Maternelle et Infantile et le service Aide Sociale à l'Enfance

Je soussigné

Nom :

Prénom :

demeurant :

.....

Nous, soussignés

Nom(s) :

Prénoms :

demeurant :

.....

autorise

autorisons

le Service Maintien à Domicile – Bureau Accueil Familial à prendre connaissance de mon dossier ou de celui de mon (ma) conjoint(e) d'agrément d'assistant maternel au service de la protection maternelle et infantile et de mon dossier de recrutement au service Aide Sociale à l'Enfance (assistants familiaux), dans le cadre de l'instruction de ma (notre) demande d'agrément pour l'accueil à mon (notre) domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap.

Date et signature(s) du ou des candidat(s) à l'agrément

Date et signature du (de la) conjoint(e) concubin(e) ou pacsé(e)

Les entretiens avec l'assistante sociale, le médecin territorial et le psychiatre ou le psychologue seront l'occasion d'échanges pour développer vos réflexions et préciser vos intentions concernant votre projet pour accueillir une personne âgée ou une personne adulte en situation de handicap.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande d'agrément.

Le :

Signature du candidat

Signature du (de la) conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)

J'accepte (nous acceptons) de figurer sur la liste des accueillants familiaux et de communiquer mes (nos) coordonnées : OUI NON

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies les informations nominatives, sont informées que :

- 1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- 2 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- 3 - En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

À

RETOURNER DÛMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ AU

DÉPARTEMENT DES DEUX-SÈVRES

Service Maintien à Domicile
Bureau Accueil Familial
74, Rue Alsace Lorraine
CS 58880
79028 NIORT Cedex
Tél : 05 49 06 63 84



www.deux-sevres.fr