

ACCUEIL PAR DES PARTICULIERS A TITRE ONEREUX DE PERSONNES AGEES OU HANDICAPEES A DOMICILE

Conformément au Code de l'Action Sociale et des Familles
Notamment son livre IV –Titre IV, partie législative et réglementaire

DEMANDE D'AGREMENT

pour personnes âgées

pour personnes adultes handicapées

**Préciser le nom du service en charge
du suivi de l'accueil familial pour
personnes handicapées retenu :**

Première demande

Extension à 2

Extension à 3

Renouvellement

Modification

Précisez :

AGREMENT SOUHAITE (cochez la case correspondant à votre choix)

	à titre permanent	à titre temporaire
accueil à temps partiel		
accueil à temps complet		

Date de la demande :

Concernant : Mme Mr

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de Naissance :

Adresse :

Tél fixe :

Tél portable :

Adresse mail :

I – PRESENTATION DE LA FAMILLE

	Nom de naissance	Nom marital	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Situation familiale et lien de parenté
Demandeur						
Conjoint						
Autres personnes vivant au foyer						

Indiquer les personnes de plus de 18 ans vivant au foyer.

Autres personnes visitant régulièrement le domicile (petits-enfants, compagnon, ami, ...) :

Oui Non

Précisez :

II – SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

	En activité (profession exercée ?)	Demandeur d'emploi	Retraité	Ressources mensuelles
Demandeur				
Conjoint				
Autres personnes				

L'accueil familial sera-t-il la principale source de revenu de votre foyer ? Oui Non

IV – CURSUS DU OU DES CANDIDATS A L'AGREMENT

CANDIDAT 1

Nom – Prénom :

- Avez-vous obtenu un diplôme ?

Certificat d'étude BEPC CAP BEP

Baccalauréat BTS Autre Aucun

Précisez :

- Etes-vous titulaire du permis de conduire B ? Oui Non

Possédez-vous un moyen de locomotion ? Oui Non

Si oui lequel ?

Si non, comment vous déplacez-vous ?

- Exercez-vous, actuellement une activité professionnelle ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

- Avez-vous déjà exercé un autre métier ? Oui Non

Si oui, lequel ?

- Avez-vous vécu l'expérience de garde ou d'accueil de personnes handicapées ?

- Avez-vous vécu l'expérience de garde ou d'accueil de personnes âgées ?

- Détenez-vous actuellement un agrément dans le cadre de l'enfance (assistant familial ou assistant maternel) ? Oui Non

L'avez-vous déjà sollicité ? Oui Non

CANDIDAT 2**Nom – Prénom :***(à compléter en cas de demande d'agrément au nom du couple)*

- Avez-vous obtenu un diplôme ?

Certificat d'étude BEPC CAP BEP Baccalauréat BTS Autre Aucun *Précisez :*

- Etes-vous titulaire du permis de conduire B ? Oui Non

Possédez-vous un moyen de locomotion ? Oui Non

Si oui lequel ?

Si non, comment vous déplacez-vous ?

- Exercez-vous, actuellement une activité professionnelle ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

- Avez-vous déjà exercé un autre métier ? Oui Non

Si oui, lequel ?

- Avez-vous vécu l'expérience de garde ou d'accueil de personnes handicapées ?

- Avez-vous vécu l'expérience de garde ou d'accueil de personnes âgées ?

- Détenez-vous actuellement un agrément dans le cadre de l'enfance (assistant familial ou assistant maternel) ? Oui Non

L'avez-vous déjà sollicité ? Oui Non

V – MOTIVATIONS ET ACCUEIL FAMILIAL

1) Etre accueillant familial représente : *(cocher les phrases qui vous semblent justes)*

	Pour vous	Pour votre conjoint	Autres personnes vivant au foyer
Un travail rémunéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une reconnaissance sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une vocation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une expérience comme une autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire comme ses parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combler un manque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rencontrer d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une formation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprendre de nouvelles choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Pourquoi sollicitez-vous cet agrément ?

3) Comment concevez-vous votre rôle auprès de la personne accueillie ?

4) Quel temps pensez-vous consacrer chaque jour à la personne accueillie ?

5) Tous les membres de votre famille adhèrent-ils à ce projet ?

6) Pensez-vous que l'accueil d'une personne âgée ou handicapée puisse modifier les relations familiales établies :

- dans votre relation de couple ?

- dans votre relation avec vos enfants ?

- dans votre relation avec certains membres de votre famille ?

7) Comment pensez-vous gérer ces changements ?

5) Pensez-vous qu'une personne âgée ou handicapée :

- est une personne comme les autres
- peut avoir des relations sexuelles
- peut voter
- doit être guidée
- doit être commandée
- peut pratiquer une religion
- peut avoir des relations avec sa propre famille, enfants, conjoint...
- peut sortir librement
- a un projet de vie
- autre à définir ...

6) Vous rencontrerez des contraintes liées à l'hygiène de vie de la personne accueillie.

Pensez-vous pouvoir assumer :

- un régime alimentaire ? Oui Non
- une prise de médicaments ? Oui Non
- l'hygiène corporelle d'un homme ? Oui Non
- l'hygiène corporelle d'une femme ? Oui Non
- l'accompagnement aux toilettes ? Oui Non
- l'incontinence ? Oui Non

7) Accepteriez-vous d'accueillir une personne :

- Ayant des antécédents avec l'alcool ? Oui Non
- Consommant ou ayant des antécédents avec le tabac ? Oui Non

8) Accepteriez-vous d'accueillir une personne :

- Autonome Oui Non
- Peu autonome Oui Non
- Dépendante Oui Non

9) Accepteriez-vous que la personne accueillie reçoive des membres de sa famille ainsi que ses relations extérieures ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

10) Accepteriez-vous que la personne accueillie ait un animal domestique ?

Oui Non

Si oui, lequel ?

11) Selon vous, à quoi sert l'accueil familial ?

	Pour vous	Pour votre conjoint
A guérir une personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lui offrir une famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortir ou éviter l'entrée en établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulager la souffrance d'une personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offrir les services d'un hôtel-restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maintenir les liens familiaux et amicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aider la personne à devenir autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aider la personne à conserver ou à retrouver son autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etre un lieu de devenir (tremplin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normaliser la personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etre en contact avec des personnes normales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) Envisagez-vous l'accompagnement d'une personne en fin de vie ?

Oui Non

Si oui, comment ?

VII – VOTRE PARTICIPATION

1) Selon vous, à quoi sert le travail d'équipe :

- à rien
- à ne pas se sentir seul(e)
- à se sentir soutenu(e)
- à partager
- à réfléchir
- à se former
- à partager des difficultés
- à être contrôlé(e)
- à être jugé(e)
- autres ...

2) Conformément à l'article R441-1 alinéa 5 du Code de l'Action Sociale et des Familles, vous acceptez, si vous obtenez l'agrément, le suivi social et médico-social réalisé par les agents en charge de l'accueil familial pour personnes âgées ou pour personnes handicapées.

Vous serez donc sollicité(e) pour donner votre avis et échanger sur le déroulement de l'accueil.

- Qu'en pensez-vous ?

- Avez-vous des souhaits, des propositions à faire concernant votre participation ?

- Selon vous, quels éléments ou évènements seraient à transmettre au service en charge de votre suivi ?

VIII – VOTRE FORMATION

En vertu de l'article R441-1 alinéa 4 du Code de l'Action Sociale et des Familles, l'accueillant familial agréé pour l'accueil de personnes âgées ou handicapées à son domicile, à titre onéreux, s'engage à suivre une formation initiale et continue tout à long de son agrément.

En sollicitant cet agrément, vous vous engagez à suivre les formations organisées par le Département de la Charente-Maritime.

1) Pour vous, la formation professionnelle pour les accueillants familiaux :

- c'est utile Oui Non

- c'est obligatoire Oui Non

- c'est un temps de rencontre Oui Non

- c'est un moyen d'apprendre, de réfléchir sur mon activité Oui Non

2) Qu'est-ce qui pourrait freiner votre participation ?

3) Aimeriez-vous aborder certains thèmes ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

ATTESTATION

ENGAGEMENT A SUIVRE UNE FORMATION INITIALE ET CONTINUE DANS LE CADRE DE L'ACTIVITE D'ACCUEILLANT FAMILIAL

Je soussigné(e)

Nom :

Prénoms :

Demeurant :

.....

.....

Nous, soussignés (dans le cadre d'agrément couple) :

Nom :

Prénoms :

Demeurant :

.....

.....

Je m'engage

Nous nous engageons

- à suivre la formation initiale et continue organisée par le Président du Département de la Charente-Maritime, 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.
- à prévenir la Direction de l'Autonomie, Service Prévention et Vie à Domicile, si je suis (nous sommes) absent(s) à une action de formation pour laquelle j'ai (nous avons) été invité(s) à participer.

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

IX – AIDE EXTERIEURE ET ORGANISATION DE VOTRE REMPLACEMENT

1) Avez-vous prévu de faire appel à une aide extérieure ? Oui Non

Si oui, quel serait son rôle et sa fréquence d'intervention ?

2) Considérant l'article R441-1 alinéa 2 du Code de l'Action Sociale et des Familles, vous avez l'obligation de vous faire remplacer lors de vos absences.

- Quelle sera l'organisation de vos remplacements ?

Pour une courte durée (coiffeur, trajet d'école...) :

Pour une longue durée (plus de 48 heures) :

- Personnes remplaçantes en cas d'absence (celles-ci seront rencontrées par le service au cours de l'enquête) :

Nom : Prénom : Qualité :

Adresse :

Tél :

Nom : Prénom : Qualité :

Adresse :

Tél :

- Autres solutions de remplacement envisagées :

X – VOTRE PROJET

1) Vie quotidienne

Pourriez-vous décrire le déroulement d'une journée type ?

2) Animations, activités

Quelles animations ou activités ou occupations prévoyez-vous ?

3) Comment envisagez-vous votre participation à la prise en charge de la maladie, de la dépendance de la personne accueillie ?

4) Qu'est-ce que vous ne voudriez ou ne pourriez jamais effectuer auprès des personnes que vous accueilleriez ? Et pourquoi ?

5) Qu'est-ce que vous ne pourriez jamais accepter ou supporter des personnes que vous accueilleriez ? Et pourquoi ?

XI – VOTRE ENGAGEMENT

1) L'accueillant familial est soumis au devoir de discrétion.

Qu'est-ce que cela évoque pour vous ? Et qu'en pensez-vous ?

2) Pour vous, qu'est-ce que la bienveillance ?

3) Pour vous, qu'est-ce que la maltraitance ?

4) Vous devrez faire partager les repas de la personne accueillie à votre table.

Qu'en pensez-vous ?

5) Quels seraient en trois mots les qualificatifs ou mots-clé caractérisant le rôle de l'accueillant familial ?

-

-

-

6) Avez-vous des observations particulières dont vous souhaiteriez faire part ?

Date

Signature du demandeur
(si agrément au nom du couple, signature des 2 personnes)

Objet du traitement de données

Finalités :

- Gestion des agréments à l'Accueil Familial (primo agrément et renouvellement)
- Evaluation à domicile/Compte rendu de visite
- Suivi de la formation obligatoire
- Décision et contrôle d'effectivité de l'Accueil Familial

Base Légale : le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis; (article 6-c du RGPD)

Données traitées

Catégories de données traitées :

Les données enregistrées sont celles des formulaires du dossier liées à la demande d'agrément des accueillants familiaux, ainsi que les informations librement fournies par le demandeur lors de l'évaluation à domicile par le professionnel de santé.

Les données et catégories de données sont celles énumérées aux Articles R 441-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Conformément à l'article Art 776 alinéa 5 du Code des procédures pénales, Le Département vérifiera l'extrait du casier judiciaire B2 de toutes personnes majeures vivant au foyer du demandeur directement auprès du service national des casiers

Prise de décision automatisée : Le traitement ne prévoit pas de prise de décision automatisée.

Personnes concernées

Candidats à l'agrément Accueillants familiaux PA/PH
Accueillants familiaux PA/PH et les personnes vivant à leur domicile
Personnes accueillies

Destinataires des données

- En interne : Agents Départementaux en charge de l'instruction des demandes et du suivi des dossiers d'agréments
- En externe :
 - Services conventionnés en charge de l'agrément pour l'accueil des personnes handicapées
 - Personnes accueillies ou leur famille pour les données nécessaires à l'employabilité
 - Commission consultative d'agrément et de retrait le cas échéant
 - Médecin traitant sous réserve du consentement de la personne

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'agrément

Transferts des données hors UE : Aucun transfert n'est réalisé

Durée de conservation des données

- Pour les dossiers sans suite : 3 ans après le dépôt de la demande
- Demandes rejetées : 6 ans à compter de la clôture du dossier
- Dossiers d'agrément des accueillants familiaux : 6 ans à compter de la clôture du dossier
- Comptes rendus des commissions d'agrément d'accueillants familiaux: dossiers litigieux, rapports : 10 ans
- Formation : 10 ans

A l'issue de ces durées, les données sont éliminées selon des procédés sécurisés ou versés aux Archives Départementales selon les prescriptions réglementaires

Sécurité

Les données à caractère personnel que nous collectons sont saisies et traitées dans des systèmes informatiques placés sous la responsabilité du Département

Les moyens techniques mis en œuvre respectent les meilleures pratiques de sécurité en vigueur notamment celles énoncées par les autorités compétentes.

Seuls les personnels habilités peuvent avoir accès à vos données. Ils sont soumis à des obligations imposées par notre politique interne en la matière.

Vos droits sur les données vous concernant

Conformément au cadre juridique sur la protection des données en vigueur (RGPD et Loi Informatique et Libertés modifiée), vous bénéficiez d'un droit d'accès, rectification et limitation du traitement vous concernant.

Exercer vos droits

Le délégué à la protection des données (DPD) du Département est votre interlocuteur pour toute demande d'exercice de vos droits sur ce traitement.

Contactez le DPD par voie électronique : dpd@charente-maritime.fr

Contactez le DPP par courrier postal : Département de la Charente-Maritime A l'attention du Délégué à la protection des données – 85 bd de la République – Cs60003 – 17076 La Rochelle cedex 9

Réclamation (plainte) auprès de la CNIL

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex www.cnil.fr).