



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UNE TECHNICIENNE D'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE

Bilan

☐ Renouvellement☐ Fin de prise en charge☐ Autre orientation

Date de la demande :

Service demandeur :

LIEU DE L'INTERVENTION :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° tél. fixe :

PERSONNES VIVANT DANS CE FOYER :

Madame (nom) :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Activité professionnelle :

N° tél. portable :

Adresse mail :

Monsieur (nom) :

Date de naissance :

Prénom :

N° tél. portable :

Activité professionnelle :

Adresse mail :

Célibataire ☐Union libre ☐Pacsés ☐Mariés ☐Séparés ☐Divorcés ☐Veuf(ve) ☐

Enfants :

Nom - Prénom	Date de naiss.	Lieu de naiss.	Sexe	Vivant au foyer	Situation ou indications particulières (1)
				oui ☐ non ☐	
				oui ☐ non ☐	
				oui ☐ non ☐	
				oui ☐ non ☐	
				oui ☐ non ☐	
				oui ☐ non ☐	
				oui ☐ non ☐	
				oui ☐ non ☐	

Autres personnes vivant au foyer :

Nom - Prénom	Date de naiss.	Sexe	Lien de parenté	Situation ou indications particulières (1)

(1) scolarité, études, apprentissage, pensionnaire, demi-pensionnaires, sans emploi, confié(e) à l'ASE, ...

SITUATION AU MOMENT DE LA DEMANDE :

Famille ayant déjà bénéficiée d'une aide à domicile antérieure ?

oui ☐

non ☐

Structure ou association :

Prise en charge (CAF, MSA, CG) :

Nom des intervenants auprès de la famille :

Assistant(e) de Service Social MDCS - SST :

Educateur(trice) spécialisé(e) MDCS - SST :

CESF MDCS - SST :

Puéricultrice MDCS - STPMI :

Sage-femme MDCS - STPMI :

Référent insertion MDCS -STI :

Délégué à la tutelle :

Educateur(trice) spécialisé(e) AIDAPHI :

CESS :

Autre :

BILAN DE L'INTERVENTION PRECEDENTE :

Date de début de prise en charge :

Date de fin de prise en charge :

Rythme d'intervention :

Nombre total d'heures :

Bilan effectué par (nom, prénom et qualité) :

Par rapport à l'événement de départ, quelle est la situation de la famille à l'issue de l'intervention ?

Proposition de suite à donner :

☐ Fin de l'intervention

☐ Autre orientation - Préciser laquelle :

☐ Demande de renouvellement - Qu'attend la famille de l'intervention ?

MOTIFS DE CETTE DEMANDE DE RENOUVELLEMENT :**Evaluation des besoins d'intervention (cocher les cases concernées) :**

Soutien à la parentalité - soutien éducatif : Accompagnement	Objectifs à préciser en fonction de la situation particulière de la famille
☐ à la préparation de l'arrivée du bébé ☐ aux soins aux nourrissons et aux jeunes enfants ☐ au travail autour de l'hygiène ☐ à l'éducation alimentaire ☐ à la prévention des accidents domestiques ☐ au développement des activités d'éveil pour les enfants ☐ à l'apprentissage des rythmes de l'enfant ☐ à l'aide à la scolarité ☐ des parents à fixer des limites aux enfants ☐ à l'apprentissage des enfants à respecter ces limites ☐ des parents à (re)constituer un équilibre familial après un événement grave ☐ des parents à favoriser le dialogue avec le(s) enfant(s) ☐ des parents à gérer les situations conflictuelles avec le(s) enfant(s)	

Activités et organisation de la vie quotidienne	Objectifs à préciser en fonction de la situation particulière de la famille
☐ Entretien du logement ☐ Entretien du linge ☐ Courses ☐ Préparation des repas ☐ Préparation et accompagnement des enfants à l'école ☐ Divers : Organisation de la vie quotidienne, gestion du temps, aide administrative, tri des papiers, classement, ...	

Accompagnement à la vie sociale	Objectifs à préciser en fonction de la situation particulière de la famille
☐ Accompagnement dans les démarches administratives ☐ Aide à connaître les structures d'aide et de proximité (pôle social, associations, ...) ☐ Écoute et aide relationnelle vers le parent ☐ Accompagnement des familles à s'insérer dans leur environnement (voisins, activités extérieures, école, ...) ☐ Accompagnement des parents vers les actions de soutien à la parentalité ☐ Accompagnement vers l'accès aux droits	

Date souhaitée de début d'intervention	Date souhaitée de fin d'intervention	Rythme souhaité d'intervention

Je m'engage à faciliter les interventions des TISF à mon domicile pour mettre en œuvre les objectifs mentionnés avec lesquels je suis d'accord.

Fait à

Le

**Signature du ou des
Travailleurs Sociaux**

Signature de la famille

DECISION PRISE PAR :

Date de la décision :

☐ **Accordé**

Date de début d'intervention	Date de fin d'intervention	Rythme d'intervention

☐ **Ajourné**

Motif :

☐ **Refusé**

Motif :

Le président du conseil départemental,

Les informations recueillies sont nécessaires pour l'instruction de votre demande. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services de la direction générale adjointe des Solidarités. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à Monsieur le président du conseil général – direction générale adjointe des Solidarités, Hôtel du Département, Place de la République, 41020 BLOIS CEDEX.

