



## 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) :****Prénom :**

Date de naissance :

Activité professionnelle :

N° tél. portable :

Adresse mail :

Célibataire Union libre Pacsés Mariés Séparés Divorcés Veuf(ve) **Enfants :**

Nom - Prénom	Date de naiss.	Lieu de naiss.	Sexe	Vivant au foyer oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Situation ou indications particulières (1)
				oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
				oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
				oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
				oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
				oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
				oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
				oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
				oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**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) :

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

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

<b>Accompagnement à la vie sociale</b>	<b>Objectifs à préciser en fonction de la situation particulière de la famille</b>
<input type="checkbox"/> Accompagnement dans les démarches administratives <input type="checkbox"/> Aide à connaître les structures d'aide et de proximité (pôle social, associations, ...) <input type="checkbox"/> Écoute et aide relationnelle vers le parent <input type="checkbox"/> Accompagnement des familles à s'insérer dans leur environnement (voisins, activités extérieures, école, ...) <input type="checkbox"/> Accompagnement des parents vers les actions de soutien à la parentalité <input type="checkbox"/> 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.*