



Date de réception (réservé à l'Udaf) : _____

Dossier de candidature pour le dispositif « Famille - Gouvernante »

(A remplir par la personne elle-même avec l'aide d'un tiers : infirmier(e), assistant(e) social(e), famille...)

Nom du candidat :

Organisme orienteur :

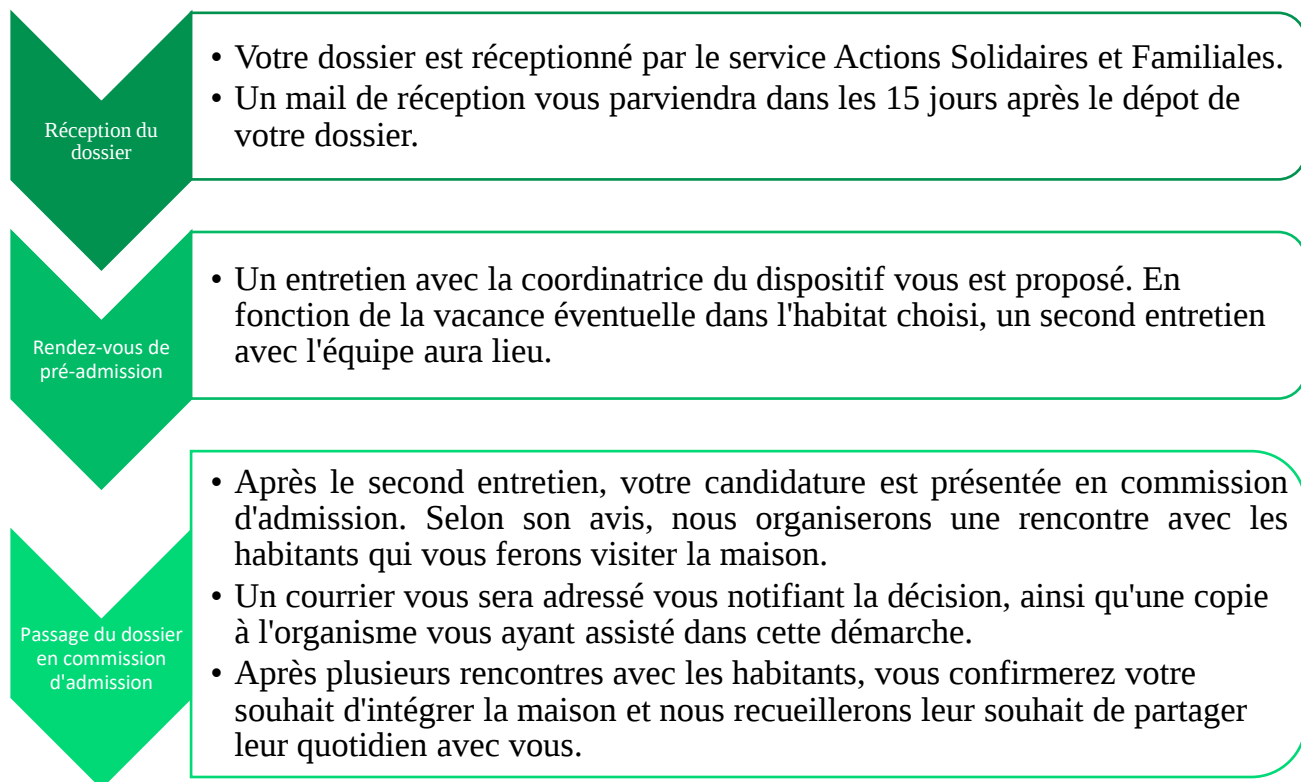
Nom et coordonnées du Référent :

Mail : famillegouvernante@udaf80.org

Udaf de la Somme, 36 rue du Général Leclerc, CS 71015, 80010 AMIENS Cedex 1

Cadre réservé à l'Udaf
Date de la Commission : _____ Avis de la commission : Favorable ☐ Défavorable ☐ Ajournement ☐ Motif :

Schéma de la procédure :



Présentation du candidat :

Etat civil du candidat :

- Nom d'usage :
- Nom de naissance :
- Prénom :
- Date et lieu de naissance :
- Nationalité :
- Titre de séjour : OUI ☐ NON ☐
- Adresse actuelle :
- Téléphone :
- Mail :

Protection juridique :

- Type de protection : SJ ☐ Curatelle Simple ☐ Curatelle Renforcée ☐ Tutelle ☐
- Organisme mandaté : ATS ☐ Udaf ☐ Famille ☐ Mandataire indépendant ☐ Autre ☐
- Nom et coordonnées du mandataire:

Revenus :

- Nature et montant des ressources :
 - ☐ Salaire
 - ☐ AAH (taux)
 - ☐ PCH ou ACTP
 - ☐ Pension d'invalidité (catégorie)
 - ☐ Majoration pour la vie autonome
 - ☐ Retraites
 - ☐ Rente accident du travail
 - ☐ Autre, précisez :

Notification de droits :

- ☐ Carte d'invalidité
- ☐ Carte Mobilité Inclusion
- ☐ Autre, précisez :

Suivi social : ☐ Oui ☐ Non

Nom et coordonnées du référent :

Téléphone :

Mail :

Expression du candidat quant à sa motivation à entrer dans le dispositif :

Nous avons besoin des éléments suivants :

→ Qu'est-ce qui vous pose difficulté dans la vie quotidienne ?

→ Vous arrive-t-il de vous mettre en danger ? Comment ?

→ Avez-vous des problèmes dans vos relations avec les autres ?

Situation sociale :

Merci de nous adresser une note sociale comprenant les éléments suivants :

➤ **Situation familiale :** (relations avec les parents, les enfants, la famille au sens large et l'entourage autre. Eventuellement, coordonnées des personnes importantes).

➤ **Expériences de vie autonome :** (est-ce que la personne a déjà vécu seule, dans quel type de logement, où, combien de temps, comment cela s'est-il passé...).

➤ **Parcours de vie :** expériences professionnelles, faits marquants ...

➤ **Conditions du mode de vie actuel:** (seul(e), en institution, en famille...)

➤ **Insatisfactions et difficultés dans le mode de vie actuel :**

Autonomie (besoins de surveillance, de stimulation, d'aide...)

	Fait seul	Fait avec aide ou stimulation	Ne fait pas
→ Autonomie dans la vie personnelle :			
Soins corporels (toilette, hygiène personnelle)			
Soins médicaux et prise de traitement			
Vêtue/habillage			
Entretien des effets personnels			
Alimentation (confection et prise de repas)			
Elimination (urinaire et fécale)			
Soins de Nursing			
→ Autonomie dans la vie quotidienne :			
Capacité à entretenir le logement			
Capacité à réaliser des achats			
Capacité à faire des démarches administratives			
Problèmes de mobilité/motricité			
→ Autonomie dans les relations avec l'extérieur :			
Déplacements			
Problèmes d'orientation dans le temps, dans l'espace/capacité à se déplacer seul(e)			
Difficultés d'organisation dans le temps			
Activités sportives			
Activités et relations sociales			
Gestion du temps libre/loisirs			

Suivi médical

- Médecin traitant : Téléphone :
- Psychiatre référent : Téléphone :
- Infirmier libéral : Téléphone :
- Autres suivis :

CMP	Oui ☐	Non ☐	Envisagé ☐
CATTP	Oui ☐	Non ☐	Envisagé ☐
- Traitements : ☐ Oui ☐ Non
- Nécessite d'un passage IDE : ☐ Oui ☐ Non
- Allergies : ☐ Oui ☐ Non Précisez :
- Régime alimentaire spécifique : ☐ Oui ☐ Non Précisez :
- Historique de la maladie (date de début, nombre d'hospitalisations, lieux, durées, motifs ...) :
- Accompagnement actuel, modalités d'intervention, fréquence des interventions... :
- Autres problèmes de santé :
- Points particuliers à surveiller :