**Demande d’inscription au dispositif Familles Gouvernantes 04**

**Habitat inclusif** **partagé et partagé avec un accompagnement social soutenu**



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

Référent : (nom, qualité et coordonnées) :

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Identité et coordonnée de la personne intéressée

Nom : ............................................................................................

Nom de jeune fille : .........................................................................................................

Prénom : .........................................................................................................

Date et lieu de naissance : .........................................................................................................

Adresse actuelle : .........................................................................................................

.........................................................................................................

.........................................................................................................

Téléphone : .........................................................................................................

Situation personnelle Situation familiale : (Relations avec les parents, les enfants, la famille au sens large et l’entourage autre).

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Éventuellement coordonnées des personnes importantes) Personne à prévenir :

Nom : ............................................................................................................

Téléphone : .........................................................................................................

Qualité : .............................................................................................................

Si sous mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) :

Type de protection : ...........................................................................................

Date initiale de la mesure : .........................................................................................

Nom du mandataire judiciaire ou tuteur familial : ...................................................................................

Nom et coordonnées du délégué : .....................................................................................

Revenus (Nature et montant des ressources)

Droits :

AAH (taux) date de la décision :

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

PCH  date de la décision :

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Aide sociale (nature et droits) date de la décision :

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Autre, précisez :

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Suivi social

Nom, qualité et adresse du référent : ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Téléphone : .....................................................................................................................

Expériences de vie autonome (avez-vous vécu seul(e), dans quel type de logement, où, combien de temps, comment cela s’est-il passé…)

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Parcours de vie (expériences professionnelles, faits marquants…)

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Conditions de vie actuelle (seul(e), en institution, en famille…)

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Insatisfactions et difficultés dans le mode de vie actuel :

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Autonomie (besoins de surveillance, de stimulation, d’aide…)

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

➔Autonomie dans la vie personnelle : – Soins corporels (toilette, hygiène personnelle) – Soins médicaux et prise de traitement – Vêture/habillage – Entretiens des effets personnels – Alimentation (confection et prise des repas)

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

➔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

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

➔ Qu’est-ce qui vous pose problème dans la vie quotidienne ?

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

➔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 actuelles ou souhaitées : sportives, culturelles, loisirs, ... Gestion du temps libre/loisirs

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

➔Activités et relations sociales actuelles ou souhaitées :

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

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

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

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

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

➔Vous sentez-vous apte à vivre en habitat partagé ? A faire des activités en commun ? A partager les temps de repas en collectif ?

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Suivi médical

Médecin référent : .........................................................................................................................

Téléphone : ......................................................................................................................................

Psychiatre référent : .......................................................................................................................

Téléphone : .......................................................................................................................................

Infirmier référent : ............................................................................................................................

Téléphone : .......................................................................................................................................

Autres suivis : ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Traitements : ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Allergies : Oui Non

Préciser : ..................................................................................................................................

Régime alimentaire spécifique :

Historique de la maladie (date de début, nombre d’hospitalisations, lieux, durées, motifs…):

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Prise en charge actuelle, modalités d’intervention, fréquence des interventions… : ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Autres problèmes de santé : ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Points particuliers à surveiller : ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Avis éventuel des référents sur une entrée en Famille Gouvernante : ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Motivations pour la personne à entrer dans le dispositif

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................................

Type de logements proposés :

* Centre ancien à Digne-les-Bains, en proximité des services et commerces
* 2 Studio
* 2 T2-T3 (1 T2-T3 à partager à deux ou trois personnes et 1 T2 espace de vie partagé)
* Escaliers, pas d’ascenseur
* Pas de jardin ni balcon

Attentes ou besoins spécifiques / Commentaires :

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**A retourner à :**

**L’UDAF 04**

**courriel : itrahan@udaf04.fr**

