

# DEMANDE D'AGRÉMENT



# ACCUEIL FAMILIAL

PERSONNE ÂGÉE OU ADULTE EN SITUATION  
DE HANDICAP

SOLIDARITÉS ET  
AUTONOMIE  
DES PERSONNES



[www.deux-sevres.fr](http://www.deux-sevres.fr)

1<sup>re</sup> demande

Renouvellement

## QUESTIONNAIRE À L'ATTENTION DU OU DES CANDIDATS

CANDIDAT	
<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom	
Nom de jeune fille	
Prénom(s)	
Nom du (de la) conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)	
Prénom(s)	
En cas de vie maritale, merci de préciser le nom du candidat	
Adresse	
N° téléphone du domicile	<input type="text"/>
Portable (facultatif)	<input type="text"/>
Numéros de téléphone auxquels vous pouvez être joint(s) dans la journée	Mme : <input type="text"/>
	M. : <input type="text"/>
E-mail	



### 3 Situation professionnelle

CANDIDAT	CONJOINT(E), CONCUBIN OU PACSÉ(E)
Profession : .....	Profession : .....
Employeur actuel : .....	Employeur actuel : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Niveau d'études : .....	Niveau d'études : .....
Diplôme(s) obtenu(s) : .....	Diplôme(s) obtenu(s) : .....

### 4 Budget

RESSOURCES	
Salaire mensuel net du candidat	
Salaire mensuel net du (de la) conjoint(e), concubin(e), pacsé(e)	
Retraite	
Pension (invalidité, AAH, accident du travail...)	
Autres revenus (prestations familiales, rentes, revenus locatifs,...)	
CHARGES	
Loyer	
Accession à la propriété et échéance	
Remboursement d'emprunt	
EDF/GDF	
Eau	
Chauffage	
Impôt sur le revenu	
Taxe d'habitation	
Taxe foncière	
Pension alimentaire	
Crédits à la consommation et échéance	
Autres	

### 5 Votre demande d'agrément

S'agit-il d'une première demande ?  OUI  NON

Avez-vous déjà sollicité un agrément auprès de la PMI\* ?  OUI  NON

• en quelle année : ..... • suite donnée : .....

ou de l'ASE\* ?  OUI  NON

• en quelle année : ..... • suite donnée : .....

Avez-vous déjà sollicité un agrément dans un autre département ?  OUI  NON

• dans quel autre département : ..... • suite donnée : .....

• en quelle année : .....

### 6 Projet d'accueil

L'accueil familial constituera t-il votre activité principale ?  OUI  NON

Souhaitez-vous accueillir :

Une ou des personnes âgées  Précisez le nombre : .....

Une ou des personnes en situation de handicap  Précisez le nombre : .....

Quel type d'accueil demandez-vous ?

• accueil permanent  OUI  NON • temps complet  OUI  NON

• accueil temporaire  OUI  NON • temps partiel\*  OUI  NON

• Précisez si l'accueil à temps partiel est un accueil de jour, séquentiel, de semaine hors week-end

Votre mobilité :

Possédez-vous le permis de conduire ?  OUI  NON

Si non, comment assurerez-vous les déplacements éventuels de la (ou des) personne(s) accueillie(s) ? .....

Votre projet d'accueil :

Développez en quelques lignes, votre projet d'accueil et vos motivations. ....

Activités proposées à la personne accueillie :

.....

PMI Protection maternelle et infantile  
ASE : Aide sociale à l'enfance

# 7 Conditions matérielles de l'accueil

## ÊTES-VOUS

propriétaire de votre logement  OUI  NON

locataire\*  OUI  NON

autre situation (à préciser)  OUI  NON .....

\* Dans ce cas, vous devez fournir une photocopie du bail et un accord écrit de votre propriétaire vous autorisant à exercer l'accueil familial.

## SITUATION DU LOGEMENT FAMILIAL

S'agit-il d'un logement situé :

• en ville  OUI  NON

• dans un village  OUI  NON

• isolé  OUI  NON

Si il est isolé, à quelle distance des commerces ou du village ? .....

S'agit-il d'une maison particulière ?  OUI  NON

• de plain-pied  OUI  NON

• à étages  OUI  NON

Si oui, combien ? .....

S'agit-il d'un appartement ?  OUI  NON

• desservi par un ascenseur  OUI  NON

• à quel étage de l'immeuble ? .....

## DESCRIPTIF DU LOGEMENT FAMILIAL

Surface totale habitable du logement :

Composition et surface des pièces d'habitation à usage commun :

• ..... m<sup>2</sup>

Nombre et surface des chambres :

• ..... m<sup>2</sup>

Y-a t'il des pièces auxquelles la personne accueillie n'aura pas accès ?  OUI  NON

Si oui précisez : .....

## Éléments sanitaires

salle d'eau avec douche  OUI  NON

salle d'eau avec baignoire  OUI  NON

WC situé dans la salle d'eau  OUI  NON

## Mode de chauffage

• individuel  OUI  NON

• gaz  OUI  NON

• fuel  OUI  NON

• collectif  OUI  NON

• électricité  OUI  NON

• bois  OUI  NON

• autre précisez : .....

## DESCRIPTIF DES PIÈCES MISES À DISPOSITION DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Surface de(s) chambre(s) mise(s) à disposition de(s) la personne(s) accueillie(s)

Chambre 1 : ..... m<sup>2</sup>

Chambre 2 : ..... m<sup>2</sup>

Chambre 3 : ..... m<sup>2</sup>

Situation de ces chambres dans le logement familial (en indiquant l'étage s'il y a lieu) :

Chambre 1 : .....

Chambre 2 : .....

Chambre 3 : .....

### Chambre 1

La personne disposera-t-elle d'une salle d'eau particulière ?  OUI  NON

• avec douche  OUI  NON

• contigüe à la chambre  OUI  NON

• au même étage  OUI  NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un lavabo particulier ?  OUI  NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un WC particulier ?  OUI  NON

La chambre est-elle équipée pour recevoir le téléphone ?  OUI  NON

La chambre est-elle équipée pour recevoir la télévision ?  OUI  NON

### Chambre 2

La personne disposera-t-elle d'une salle d'eau particulière ?  OUI  NON

• avec douche  OUI  NON

• contigüe à la chambre  OUI  NON

• au même étage  OUI  NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un lavabo particulier ?  OUI  NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un WC particulier ?  OUI  NON

La chambre est-elle équipée pour recevoir le téléphone ?  OUI  NON

La chambre est-elle équipée pour recevoir la télévision ?  OUI  NON

### Chambre 3

La personne disposera-t-elle d'une salle d'eau particulière ?  OUI  NON

- avec douche  OUI  NON
- contigüe à la chambre  OUI  NON
- au même étage  OUI  NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un lavabo particulier ?  OUI  NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un W.C particulier ?  OUI  NON

La chambre est-elle équipée pour recevoir le téléphone ?  OUI  NON

La chambre est-elle équipée pour recevoir la télévision ?  OUI  NON

La personne accueillie disposera-t-elle d'un mode de chauffage différent du reste du logement ?

OUI  NON

- au gaz  OUI  NON
- électricité  OUI  NON
- au fuel  OUI  NON
- au bois  OUI  NON

Quel mobilier mettrez-vous à la disposition de la personne accueillie ?.....

.....

Pourra-t-elle apporter des meubles personnels ?  OUI  NON

Avez-vous des animaux de compagnie ?  OUI  NON

Si oui, lesquels :.....

.....

Accepteriez-vous que la personne accueillie ait un animal de compagnie ?  OUI  NON

Si oui, lesquels :.....

.....

## 8 Engagement à suivre une formation initiale et continue dans le cadre de l'activité d'accueillant familial

Je soussigné

Nom : .....

Prénom : .....

demeurant : .....

Nous, soussignés

Nom(s) : .....

Prénoms : .....

demeurant : .....

.....

m'engage

nous engageons

à suivre la formation initiale et continue organisée par le Président du Conseil départemental des Deux-Sèvres, 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.

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

Souhaits de formation, informations ou suggestions complémentaires:.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 9 Lien avec le service Protection Maternelle et Infantile et le service Aide Sociale à l'Enfance

Je soussigné

Nom : .....

Prénom : .....

demeurant : .....

.....

Nous, soussignés

Nom(s) : .....

Prénoms : .....

demeurant : .....

.....

autorise

autorisons

le Service Maintien à Domicile – Bureau Accueil Familial à prendre connaissance de mon dossier ou de celui de mon (ma) conjoint(e) d'agrément d'assistant maternel au service de la protection maternelle et infantile et de mon dossier de recrutement au service Aide Sociale à l'Enfance (assistants familiaux), dans le cadre de l'instruction de ma (notre) demande d'agrément pour l'accueil à mon (notre) domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap.

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

**Date et signature du (de la) conjoint(e) concubin(e) ou pacsé(e)**

Les entretiens avec l'assistante sociale, le médecin territorial et le psychiatre ou le psychologue seront l'occasion d'échanges pour développer vos réflexions et préciser vos intentions concernant votre projet pour accueillir une personne âgée ou une personne adulte en situation de handicap.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande d'agrément.

Le : .....

**Signature du candidat**

**Signature du (de la) conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e)**

J'accepte (nous acceptons) de figurer sur la liste des accueillants familiaux et de communiquer mes (nos) coordonnées :  OUI  NON

### DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies les informations nominatives, sont informées que :

- 1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.
- 2 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.
- 3 - En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

À

## RETOURNER DÛMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ AU

### DÉPARTEMENT DES DEUX-SÈVRES

Service Maintien à Domicile  
Bureau Accueil Familial  
74, Rue Alsace Lorraine  
CS 58880  
79028 NIORT Cedex  
Tél : 05 49 06 63 84



[www.deux-sevres.fr](http://www.deux-sevres.fr)