



# « Famille - Gouvernante » Dossier de demande





*Vous trouverez ci-dessous toutes les informations nécessaires à la constitution du dossier de candidature pour intégrer « Famille - Gouvernante ».*

*Une fois rempli, le dossier est à envoyer à :  
 Udaf du Nord  
 A l'attention de Mme Florence DENIS  
 10, rue Baptiste Monnoyer  
 59800 LILLE*

**Quel est votre état civil et quelles sont vos coordonnées ?**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Nom/Prénom                |  |
| Date et Lieu de naissance |  |
| Adresse                   |  |
| Téléphone                 |  |

**Quelle est votre situation familiale? : .....**

**Avez-vous des contacts réguliers avec des membres de votre famille ? si oui lesquels ?**

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

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Personne à prévenir en cas d'urgence |  |
| Lien avec le résident                | <input type="checkbox"/> Proche<br><input type="checkbox"/> Personne de confiance<br><input type="checkbox"/> Famille (à préciser) : |
| Téléphone                            |  |





**Avez-vous déjà vécu seul(e)?:**

oui

non

**Si oui, qu'est-ce que vous avez aimé ?**

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

**Si oui, qu'est-ce que vous n'avez pas aimé ou qui était compliqué ?**

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

**Avez-vous déjà vécu en établissement ou en collocation ?:**

oui

non

**Si oui, qu'est-ce que vous avez aimé ?**

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

**Si oui, qu'est-ce que vous n'avez pas aimé ou qui était compliqué ?**

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

**Quel est votre lieu de vie actuel et pourquoi souhaitez-vous changer?**

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





**Que souhaitez-vous nous raconter de votre vie ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Pourquoi voulez-vous loger dans « Famille – Gouvernante » ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Quelle serait votre principale inquiétude ou frein à l'entrée dans ce type de logement ? (Voisinage, immeuble, animaux...)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





**Avez-vous des loisirs ?**  oui  non  
 Si oui, lesquels ? : .....

**Avez-vous des animaux de compagnie ?**  oui  non  
 Si oui, quel animal ? .....

**Etes-vous fumeur :**  
 De tabac ?  oui  non  
 D'autres substances ?  oui  non

**Consommez-vous de l'alcool ?**  
 occasionnellement  souvent  
 tous les jours  plus maintenant

**Qui vous suit et/ou vous accompagne ?**

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Service Sociaux</b> |  |
| <b>Adresse</b>         |  |
| <b>Téléphone</b>       |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Travailleur social et/ou délégué à la protection juridique</b> |  |
| <b>Adresse</b>  |  |
| <b>Téléphone</b>  |  |
| <b>Type de mesure de protection</b>                               |  |





|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>SAVS/SAMSAH</b> |  |
| <b>Adresse</b>     |  |
| <b>Téléphone</b>   |  |

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>SPIP</b>      |  |
| <b>Adresse</b>   |  |
| <b>Téléphone</b> |  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Autres suivis</b> |  |
| <b>Adresse</b>       |  |
| <b>Téléphone</b>     |  |

**Comment s'organise votre suivi médical ? :**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Médecin généraliste</b> |  |
| <b>Adresse</b>             |  |
| <b>Téléphone</b>           |  |





|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Médecin psychiatre</b> |  |
| <b>Adresse</b>            |  |
| <b>Téléphone</b>          |  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Médecin spécialiste</b> |  |
| <b>Adresse</b>             |  |
| <b>Téléphone</b>           |  |

Avez-vous des traitements réguliers ?  oui  non  
**Si oui, qui vous les prépare ?**

.....

.....

Allergies éventuelles  oui  non

Allergie alimentaire : .....

Autre(s) allergie(s) : .....

Régime alimentaire particulier

.....

.....

.....





## Quelques informations importantes à nous communiquer :

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <b>Bénéficiaire de Sécurité Sociale</b>      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Caisse de rattachement</b>                |                              |                              |
| <b>Bénéficiaire d'une mutuelle</b>           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Bénéficiaire de la CMU</b>                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <b>Bénéficiaire d'une carte d'invalidité</b> | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

## Comment occupez-vous vos journées ?

- Emploi
- Hôpital de jour
- Accueil de jour
- Centre social
- Club
- Activité sportive
- Autres (à préciser) : .....

## Quels sont vos revenus ?

Quelles sont vos ressources et aides :

- Salaire .....
- RSA
- AAH date de la décision du ..... au .....
- PCH date de la décision du ..... au .....
- ACTP date de la décision du ..... au .....
- Pension d'invalidité (catégorie ...) Date de la décision du ..... au .....
- Majoration pour la vie autonome
- Retraite

Quel est le montant de vos ressources ? : .....







**Comment évaluez-vous votre autonomie ? :**

|  | <br><b>Je sais faire</b> | <br><b>J'ai besoin d'aide</b> | <br><b>Je ne sais pas faire</b> |
|--|---|---|--|
| <i>Soin corporel</i>                   |   |   |  |
| <i>Soin médicaux</i>                   |   |   |  |
| <i>Habillage</i>                       |   |   |  |
| <i>Entretien des effets personnels</i> |   |   |  |
| <i>Entretien du logement</i>           |   |   |  |
| <i>Alimentation</i>                    |   |   |  |
| <i>Réalisation des achats</i>          |   |   |  |
| <i>Déplacements</i>                    |   |   |  |
| <i>Démarches administratives</i>       |   |   |  |
| <i>Orientation dans le temps</i>       |   |   |  |
| <i>Orientation dans l'espace</i>       |   |   |  |
| <i>Organisation de votre temps</i>     |   |   |  |

**Est-ce que quelqu'un vous a aidé à remplir ce dossier ?**

oui

non

Si oui, qui ? : .....

**Avis de la personne qui vous accompagne à remplir le dossier :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## ELEMENTS MEDICAUX TRANSMIS PAR LE MEDECIN

*(Ce document est à joindre au dossier de candidature **sous pli cacheté**). Il sera remis au médecin de la commission uniquement)*

Les antécédents

Diagnostic

Traitement habituel

Histoire de la maladie

Projet de soin (activités thérapeutiques)