

Service Tarification Contrôle
6 Boulevard Limbert
84000 AVIGNON
Tél : 04.90.16.18.08
Courriel : accueil.familial.adultes@vaucluse.fr

**PREMIERE DEMANDE D'AGREMENT
D'ACCUEIL FAMILIAL**

I - INFORMATIONS SUR LES ACCUEILLANTS :

Détenez-vous déjà un agrément (social, thérapeutique ou assistant maternel) ?

.....
.....

1) DEMANDEUR :

NOM :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Adresse complète :

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

n ° téléphone fixe : **n ° téléphone portable :**

Adresse mail :

- Situation familiale :**
- | | | | |
|--------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| célibataire | <input type="checkbox"/> | marié(e) | <input type="checkbox"/> |
| divorcé(e) | <input type="checkbox"/> | veuf(ve) | <input type="checkbox"/> |
| vie maritale | <input type="checkbox"/> | pacs | <input type="checkbox"/> |

 Cochez la case correspondante.

Activité professionnelle actuelle :

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

Lieu de travail :

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

Niveau de scolarité / Diplômes et dates :

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

Autres formations professionnelles ou à titre personnel :

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

Expérience professionnelle antérieure (dates, employeurs) :

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

Expérience extra-professionnelle :

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

2) CONJOINT *, AUTRE MEMBRE DU COUPLE (*si celui-ci réside au domicile) :

NOM :

.....

Prénoms :

.....

Date et lieu de naissance :

.....

Activité professionnelle :

.....
.....

Lieu de travail :

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

Niveau de scolarité / Diplômes :

.....
.....

.....
Autres formations professionnelles ou à titre personnel :

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

Expérience professionnelle antérieure (dates, employeurs) :

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

Expérience extra-professionnelle :

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

Demande t-il également à être agréé accueillant familial en qualité de membre du couple ?

oui

non

II - COMPOSITION DU FOYER (exposer la situation de l'ensemble des autres personnes vivant avec la famille) :

NOM PRENOM	AGE	QUALITE (enfants, tante, grand-mère, proches ...)	SITUATION

III - ENVIRONNEMENT (GEOGRAPHIQUE, VOISINAGE, FACILITES DE TRANSPORT, VACANCES.....) :

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

IV - ACTIVITES, GOUTS PERSONNELS, OBLIGATIONS/CONTRAINTE :
(individuelles, collectives sur le lieu de résidence ou à l'extérieur, fréquence....)

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

V - VOTRE PROJET DE VIE AVEC LA (es) PERSONNE(s) ACCUEILLIE(s) :

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

1) Vos motivations :

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

2) Quelles conséquences sur l'organisation actuelle (habitat, disponibilité, remplacement) :

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

VI - TYPE D'ACCUEIL SOUHAITE (maximum 3 personnes par foyer) :

(homme, femme, couple à préciser)

1) Nombre PA :
Pourquoi ?

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

2) Nombre PH :
Pourquoi ?

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

3) Modalités d'agrément :

Temps complet

Temps partiel

Nom, prénom
du responsable de l'accueil

.....
.....

Signature :

Nom, prénom
du second responsable
de l'accueil

.....
.....

Signature :

A

Le

Mise à jour le 26 août 2020.

Service Tarification Contrôle
6 Boulevard Limbert
84000 AVIGNON
Tél : 04.90.16.18.08
Courriel : accueil.familial.adultes@vaucluse.fr

ACCUEIL FAMILIAL DES PERSONNES AGEES OU HANDICAPEES

Liste des pièces à fournir :

Pour que votre demande soit complète, vous voudrez bien nous adresser par retour de courrier :

- Le formulaire de demande d'agrément dûment rempli ci-joint ;
- La photocopie du livret de famille ;
- Les attestations concernant votre remplacement pour les périodes durant lesquelles l'accueil pourrait être interrompu en précisant les nom(s) et prénom(s) des deux personnes chargées d'assurer la continuité de l'accueil à votre domicile ; par ailleurs, cet engagement doit être signé par les deux remplaçant(s)
- L'attestation sur l'honneur des personne(s) remplaçantes s'engageant à suivre la formation obligatoire organisée par le Président du Conseil départemental du Vaucluse ;
- Une attestation sur l'honneur de mise à disposition d'une chambre d'une superficie habitable d'au moins 9 m². Le logement et son environnement doivent être compatibles avec les contraintes liées au handicap des personnes accueillies ;
- Une attestation sur l'honneur de la ou (des) personne(s) accueillante(s) familiale(s) s'engageant à suivre la formation obligatoire organisée par le Président du Conseil départemental du Vaucluse ;
- Une attestation sur l'honneur permettant le suivi social et médico-social des personnes accueillies notamment au moyen de visites sur place par les personnels du Conseil départemental en charge de l'accueil familial.
- Une attestation sur l'honneur de non surendettement.

- Justificatifs concernant le statut professionnel ou l'inaptitude au travail (invalidité par exemple), démontrant de la disponibilité du ou (des) demandeur(s) et de ses capacités à travailler en qualité d'accueillant familial ;
- Justificatifs de l'attribution d'une rente d'invalidité ? D'une AAH, du RSA ?
- Ressources de la famille (avis d'imposition, salaires, valeurs mobilières et immobilières, etc.....) avec éventuellement les justificatifs concernant sa situation de précarité ?
- Un certificat médical de non contre-indication pour accueillir une personne âgée ou handicapée (formulaire ci-joint)

Justificatifs concernant le logement :

- Si vous êtes propriétaire : Justificatifs de la taxe d'habitation et de la taxe foncière ; Echancier du crédit immobilier.
- Si vous êtes locataire : Justificatif de la taxe d'habitation, Autorisation de sous-location ou d'activité professionnelle par le propriétaire ; Justificatif de paiement des loyers.
- Plan du logement ;
- Justificatifs des dernières factures d'Eau et EDF,
- Justificatifs d'Agrément divers :
 - Assistante maternelle
 - Assistante familiale (Enfance)
 - Accueil Familial thérapeutique.

Mise à jour le 26 août 2020.

DIRECTION DES
PERSONNES AGEES ET DES
PERSONNES HANDICAPEES

Service Tarification Contrôle
6 Boulevard Limbert
84000 AVIGNON
Tél : 04.90.16.18.08
Courriel : accueil.familial.adultes@vaucluse.fr

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
(à compléter par le responsable d'accueil)

Je, soussigné(e),

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :
.....

Atteste sur l'honneur que :

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :
.....

Numéro de téléphone :

Assurera mon remplacement pour les périodes durant lesquelles l'accueil pourrait être interrompu.

Fait àle

Signature

Mise à jour le 26 août 2020.

Service Tarification Contrôle
6 Boulevard Limbert
84000 AVIGNON
Tél : 04.90.16.18.08
Courriel : accueil.familial.adultes@vaucluse.fr

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
(à compléter par le responsable d'accueil)

Je, soussigné(e),

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :
.....

Atteste sur l'honneur que :

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :
.....

Numéro de téléphone :

Assurera mon remplacement pour les périodes durant lesquelles l'accueil pourrait être interrompu.

Fait àle

Signature

Mise à jour le 26 août 2020.

DIRECTION DES
PERSONNES AGEES ET DES
PERSONNES HANDICAPEES

Service Tarification Contrôle
6 Boulevard Limbert
84000 AVIGNON
Tél : 04.90.16.18.08
Courriel : accueil.familial.adultes@vaucluse.fr

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
(à compléter par la personne remplaçante)
d'accueil familial PA PH

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :
.....

Numéro de téléphone :

M'engage à suivre une journée annuelle de formation initiale consacrée :

- à la responsabilité dans la continuité d'un accueil familial,
- aux connaissances relatives aux personnes accueillies.

Fait àle

Signature

Mise à jour le 26 août 2020.

DIRECTION DES
PERSONNES AGEES ET DES
PERSONNES HANDICAPEES

Service Tarification Contrôle
6 Boulevard Limbert
84000 AVIGNON
Tél : 04.90.16.18.08
Courriel : accueil.familial.adultes@vaucluse.fr

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
(à compléter par la personne remplaçante)
d'accueil familial PA PH

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :
.....

Numéro de téléphone :

M'engage à suivre une journée annuelle de formation initiale consacrée :

- à la responsabilité dans la continuité d'un accueil familial,
- aux connaissances relatives aux personnes accueillies.

Fait àle

Signature

Mise à jour le 26 août 2020.

DIRECTION DES
PERSONNES AGEES ET DES
PERSONNES HANDICAPEES

Service Tarification Contrôle
6 Boulevard Limbert
84000 AVIGNON
Tél : 04.90.16.18.08
Courriel : accueil.familial.adultes@vaucluse.fr

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
(à compléter par la personne accueillante familiale)

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :
.....

Numéro de téléphone :

M'engage à suivre la formation obligatoire organisée par le Conseil départemental

Fait àle

Signature

Mise à jour le 26 août 2020.

DIRECTION DES
PERSONNES AGEES ET DES
PERSONNES HANDICAPEES

Service Tarification Contrôle
6 Boulevard Limbert
84000 AVIGNON
Tél : 04.90.16.18.08
Courriel : accueil.familial.adultes@vaucluse.fr

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
(à compléter par le responsable d'accueil familial PA PH)

Je, soussigné(e),

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Numéro de téléphone :

Autorise le suivi social et médico-social des personnes accueillies notamment au moyen de visites sur place par les personnels du Conseil départemental en charge de l'accueil familial.

Fait àle

Signature

Mise à jour le 26 août 2020.

DIRECTION DES
PERSONNES AGEES ET DES
PERSONNES HANDICAPEES

Service Tarification Contrôle
6 Boulevard Limbert
84000 AVIGNON
Tél : 04.90.16.18.08
Courriel : accueil.familial.adultes@vaucluse.fr

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
(à compléter par la personne accueillante familiale)

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :
.....

Numéro de téléphone :

Atteste sur l'honneur ne pas avoir déposé de dossier auprès de la commission de surendettement de la Banque de France en vue de l'élaboration d'un plan de redressement ou ne pas bénéficier d'un tel plan au moment de la demande d'agrément.

Fait àle

Signature

Mise à jour le 26 août 2020.

DIRECTION DES
PERSONNES AGEES ET DES
PERSONNES HANDICAPEES

Service Tarification Contrôle
6 Boulevard Limbert
84000 AVIGNON
Tél : 04.90.16.18.08
Courriel : accueil.familial.adultes@vaucluse.fr

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e), Docteur

.....

certifie que l'état de santé de M. / Mme :

né(e) le

ne contre-indique pas l'accueil à temps plein de personnes âgées ou de personnes handicapées
à son domicile.

Fait le

Cachet et signature

Mise à jour le 26 août 2020.