

DIAGNOSTIC ET EVALUATION DE LA FAMILLE

MODELE TYPE

## DEMANDE D'INTERVENTION A DOMICILE

**1<sup>ère</sup> partie**  
**ELEMENTS A RECUEILLIR LORS DE LA FORMULATION DE LA DEMANDE**  
**(par téléphone ou au cours d'un entretien à l'accueil)**

Date de la demande de la famille : .....  
Entretien réalisé par (nom, prénom et qualité) : .....

### **Allocataire**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : \_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Téléphone : \_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Téléphone portable : \_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### **Situation familiale et administrative :**

Famille ayant déjà bénéficié d'une aide à domicile au cours des trois années précédentes :

Oui .....  Non

Par quelle structure : .....

Avec quelle prise en charge (Caf, Msa, conseil départemental) : .....

Historique des accords)	Année	Motif

Allocataire ressortissant :

Caf :       Oui       Non      N°allocataire : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Msa :       Oui       Non      Autre (*à préciser*) : .....

N° sécurité sociale : |\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|

Quotient Familial : |\_\_\_\_\_| euros

Célibataire  en couple  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf (ve)  Pacsé

En cas de grossesse, date prévue de la naissance : .....

Nom de l'autre personne adulte vivant au foyer : ..... Prénom : .....

Allocataire		Autre personne adulte vivant au foyer	
<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
<input type="checkbox"/> Activité ( <i>spécifier la profession</i> )		<input type="checkbox"/> Activité ( <i>spécifier la profession</i> )	
<input type="checkbox"/> Arrêt de travail (maladie, accident, Ald)		<input type="checkbox"/> Arrêt de travail (maladie, accident, Ald)	
<input type="checkbox"/> Sans activité (invalidité <sup>1</sup> , retraite, chômage, congé parental, parent au foyer)		<input type="checkbox"/> Sans activité (Invalidité <sup>(2)</sup> , retraite, chômage, congé parental, parent au foyer)	
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'un minima social (Rsa, Aah, Ass)		<input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'un minimum social (Rsa, Aah, Ass)	
<input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/> Autre	

Nom et prénom des enfants vivant au foyer <sup>2</sup>	Date de naissance	Indications particulières <sup>3</sup>

**Présence d'autres personnes au foyer :**

Catégorie de personne	Nombre	Observations
Enfant n'étant pas à charge au sens de l'aide à domicile		
Autres (parents, grands parents, autres membres de la famille ou personnes sans lien de parenté)		

**Structures ou aides possibles par le voisinage :**

<input type="checkbox"/> halte-garderie,	<input type="checkbox"/> école,
<input type="checkbox"/> centre social,	<input type="checkbox"/> accueil périscolaire,
<input type="checkbox"/> crèche,	<input type="checkbox"/> aide aux devoirs ou à la scolarité,
<input type="checkbox"/> réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap),	<input type="checkbox"/> autre (famille, voisins...)
<input type="checkbox"/> relais assistantes maternelles (Ram),	<input type="checkbox"/> aucune

La famille a-t-elle connaissance de l'existence de dispositifs dont elle à besoin ?  Oui .....  Non

Pourquoi ? : .....

La famille a-t-elle formulé une demande auprès de l'une de ces structures ?  Oui .....  Non

La famille bénéficie-t-elle de l'ensemble de ses droits à des prestations ou des aides légales, quel que soit le financeur (Caf, conseil départemental, Cpm, Cram, etc.) ?  Oui  Non

Non

Réponse apportée par la structure : .....

La famille est-elle actuellement en contact avec un travailleur social ?  Oui  Non

<sup>1</sup> Allocation compensatrice tierce personne, Pension d'invalidité, majoration tierce personne,

<sup>2</sup> A charge au sens de la réglementation de l'aide au domicile des familles

<sup>3</sup> Scolarité, mode de garde, difficultés particulières de l'enfant ou pathologies, bénéficiaire de l'allocation d'éducation spéciale, d'un complément d'Aes, présence régulière ou ponctuelle au domicile,...

Si oui, de quel organisme ? : .....

### **Demande de la famille**

Nature du besoin mentionnée par la famille (organisation de la vie quotidienne, soutien des parents, relations enfants / parents, vie sociale, vie relationnelle) .....

### **Fait générateur de la demande :**

- Grossesse
- Grossesse pathologique
- Naissance
- Naissance multiple
- Famille nombreuse
- Famille recomposée
- Reprise d'emploi ou formation professionnelle
- Rupture familiale (séparation de fait ou de droit des parents, décès de l'un des deux parents, incarcération de l'un des parents)
- Décès d'un enfant
- Soins ou traitement médicaux de courte durée d'un parent ou d'un enfant (à l'hôpital ou à domicile) avec réduction temporaire significative des capacités physiques
- Soins ou traitement médicaux de courte durée d'un parent ou d'un enfant (à l'hôpital ou à domicile) avec réduction temporaire significative des capacités physiques

### **Réponse à la demande autrement que par une intervention d'aide à domicile**

- Orientation vers une structure existante (à préciser) : .....
- Orientation vers une aide de la famille (à préciser) : .....
- Orientation vers un service d'emplois familiaux : .....
- Orientation vers d'autres services :
  - Caf (pour toute demande de prestation familiale ou sociale ou dans le cadre d'un accompagnement spécifique s'agissant notamment d'une famille monoparentale, d'une famille nombreuse, d'une situation de rupture familiale (séparation, divorce, décès d'un parent) ou du décès d'un enfant, .....
  - Service social du conseil départemental (Ase, Pmi...) .....
  - Autre (préciser) .....
- Rejet de la demande : indiquer le motif et la date du rejet : .....

Nécessité d'une visite à domicile (obligatoire pour le niveau 2) ....  Oui  Non

Si oui en dehors d'une intervention de niveau 2, pourquoi ? .....

En cas de possibilité d'accord pour une intervention individuelle de niveau 1, suite de l'examen du dossier à la page 6 du présent document.

**2EME PARTIE**  
**VISITE A DOMICILE**  
**EN VUE D'UNE INTERVENTION DE TISF OU D'AVS/AES<sup>4</sup>**

**Date de la visite au domicile :** .....

**Nom, prénom et qualité de la personne effectuant la visite au domicile :** .....

**A la suite d'un entretien téléphonique ou de l'entretien du :** .....

**Définition précise du besoin et des raisons de l'intervention :**

**NATURE DE LA DIFFICULTE NECESSITANT UNE TISF OU UNE AVS/AES (PRECISER)**

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

**INDISPONIBILITE DES PARENTS LIEE A :**

.....  
.....

**NATURE ET TEMPORALITE DE LA DIFFICULTE AGGRAVANTE**

.....  
.....

**OBJECTIFS DE L'INTERVENTION**

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

**MOYENS A PREVOIR**

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

**Besoins évalués auprès de et avec la famille :**

**a) Activités de la vie quotidienne**

**Besoin  
d'aide**

Entretien du logement et du linge  
Courses quotidiennes si nécessaire

<b>Objectif particulier à préciser en fonction de la situation particulière de la famille</b>

<sup>4</sup> Diplôme modifié et remplacé par le diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (Deaes) ; il s'agit de la fusion des diplômes d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (Deavs) et d'aide médico-psychologique (Deamp). Cf. arrêté et décret n°2016-74 du 29 janvier 2016

Préparation et accompagnement des enfants à l'école  
 Préparation des repas  
 Préparation de l'organisation future (après la fin de l'intervention)


--

**b) Activités éducatives, soutien à la parentalité.**

**Besoin d'aide**

Préparer l'arrivée du bébé

--

**Développement des activités d'éveil pour les enfants**

Apprentissage de l'hygiène  
 Soins aux nourrissons  
 Suppléance du parent (en cas de maladie par exemple)  
 Soutien scolaire  
 Préparation à la rentrée scolaire  
 Apprentissage des rythmes de vie de l'enfant


**Organisation du cadre familial**

Organisation de la vie quotidienne  
 Apprentissage dans l'organisation et la gestion de la vie quotidienne  
 Apprentissage à la gestion du budget courant  
 Conseils à l'achat  
 Education alimentaire


**Accompagnement des parents vers les actions de soutien à la parentalité existantes**

Apprentissage des limites pour les parents les enfants  
 Apprentissage de la socialisation  
 Apprentissage de l'organisation lors d'évènements de rupture


<b>Objectif particulier à préciser en fonction de la situation particulière de la famille</b>

**c) Activités sociales et relationnelles dans l'objectif d'un maintien de l'autonomie**

**Besoin d'aide**

Accompagnement dans les démarches administratives  
 Recherche d'aide ou de structure de proximité  
 Aider les parents à s'organiser pour s'insérer dans leur environnement  
 Accompagnement vers des activités extérieures (clubs, Clsh, colonies de vacances ...)  
 Accompagnement vers l'accès aux droits


<b>Objectif particulier à préciser en fonction de la situation particulière de la famille</b>

**3EME PARTIE**  
**REPONSE FAVORABLE A LA DEMANDE D'AIDE ET**  
**D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE**

**Allocataire N° :** .....

Suite à l'entretien en date du : .....

Suite à la visite à domicile en date du .....

**1 – Modalités souhaitées par la famille en cas d'intervention individuelle**

Date souhaitée de début de l'intervention .....Date souhaitée de fin de l'intervention.....

Durée de l'intervention ou nombre d'heures de l'intervention .....

Rythme.....

Horaires .....

Jours souhaités.....

Jours à exclure.....

**Activités à effectuer par l'intervenant en référence au diagnostic à domicile (pour précisions se reporter au diagnostic préalable partie 1 ou 3 selon niveau):**

	Objectifs à atteindre	Moyens à mettre en œuvre
<b>1. organisation de la vie quotidienne</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>2. aide relationnelle</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>3. soutien éducatif</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>4. accompagnement à l'insertion sociale</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

**2 – Accord pour une intervention à domicile**

Action individuelle : .....

Niveau de l'intervention :       1                       2

Type d'intervenant :               Avs/Aes               Tisf

Action collective : thème : .....

Indiquer la date de la décision, le fait générateur retenu, les objectifs à atteindre : .....

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

Préciser l'indisponibilité des parents : .....

.....

Perturbation aggravante : nature et temporalité <sup>5</sup> : .....

<sup>5</sup> Ce point sera affiné lors de la visite éventuelle au domicile





## EVALUATION DE LA SITUATION FAMILIALE A L'ISSUE DE L'INTERVENTION

Evaluation intermédiaire  Evaluation finale

A la suite du diagnostic effectué le : .....

A la suite de l'évaluation intermédiaire effectuée le : .....

Pour la famille : .....

Nom, prénom de la personne effectuant l'évaluation : .....

Fonction : .....

### 1 - Effectivité de la prestation

Moyens concrets prévus pour la mise en œuvre de l'intervention	Déployés	Blocages ou obstacles <sup>8</sup>	Commentaires
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiellement		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiellement		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiellement		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiellement		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiellement		
Participation de la famille	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiellement		

Durée totale réelle de l'intervention : | \_\_\_\_\_ | heures (au moment de l'évaluation)

Date réelle de début : |\_\_|\_| |\_\_|\_| |\_\_|\_|\_|\_|\_| Date réelle de fin de l'intervention : |\_\_|\_|\_|\_|\_|  
|\_\_|\_|\_|\_|\_|

Jour Mois Année

Jour Mois Année

Périodicité réalisée de l'intervention : .....

.....

<sup>8</sup> Absence de personnel adéquat, Manque de participation de la famille, Absence de partenariat (manque de coordination, etc.),  
Autres :

Intervenants ayant effectivement travaillé au domicile (qualification et durée)

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

Coordination réalisée avec les services suivants : .....

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

Atteinte des objectifs :  Oui  Non  
Si oui,  En totalité  Partiellement .....

Objectifs préalablement définis dans le contrat	Résultats observés	Analyse des écarts en plus ou en moins et des autres effets de l'intervention

## **2 - Evaluation de la prestation**

### **Dans le cadre d'une évaluation intermédiaire :**

Quels objectifs restent à atteindre ? .....

Quels objectifs sont en cours de réalisation ? .....

Quels objectifs ont été modifiés ? Adaptés ? .....

### **Dans le cadre d'une évaluation définitive**

Quelle est la situation de la famille à l'issue de l'intervention par rapport à (aux) l'objectif(s) fixé(s) ?

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

**Proposition de suite à donner**

Poursuite de l'intervention jusqu'à son terme (pour les évaluations intermédiaires) ;

Arrêt de l'intervention (absence de besoin, difficulté résolue) – pour les évaluations intermédiaires et finales :.....

.....

Prise en compte d'un autre événement modifiant l'équilibre de la famille :

.....

.....

.....

Orientation vers une autre institution ou service (à préciser) :

.....

.....

.....

Avis de la famille :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :	Signature de l'évaluateur :	Signature de la famille :