

Situation familiale et administrative :

La famille a t elle bénéficié d'une aide à domicile au cours des 3 années précédentes :

oui non

Par quelle structure ?

Avec quelle prise en charge (CAF, MSA , Conseil départemental ..)

Historique des accords	Année	Motifs

Les objectifs ont ils été atteints :

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

Allocataire ressortissant :

CAF : oui non N ° d'allocataire :

MSA : oui non N° Sécu :

N° Solis :

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)

.....
.....

Nature de la difficulté nécessitant une TISF ou une AVS :

.....
.....

Indisponibilité des parents liée à :

.....
.....

Nature et temporalité aggravante de la difficulté :

.....
.....

Objectifs de

l'intervention :

.....
.....

.....
.....

Quotient familial :.....€

Participation financière de la famille :€

Début de l'intervention : du au	Nbre de semaines :.....
Durée et rythme de l'intervention :.....	
Jour d'intervention	

Fait générateur de la demande :

- Grossesse
- Naissance ou adoption
- Famille nombreuse
- Famille recomposée
- 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 longue durée d'un parent ou d'un enfant (à l'hôpital ou à domicile) avec réduction temporaire significative des capacités physiques
- Accompagnement d'un mono-parent vers l'insertion

Objectifs d'intervention :

a) Soutien à la parentalité, soutien éducatif :

(cocher les cases correspondantes)

		Objectifs complémentaires à préciser
Préparer l'arrivée du bébé	<input type="checkbox"/>	
Apprentissage de l'hygiène	<input type="checkbox"/>	
Éducation alimentaire	<input type="checkbox"/>	
Prévention des accidents domestiques	<input type="checkbox"/>	
Apprentissage des rythmes de vie de l'enfant	<input type="checkbox"/>	
Développement des activités d'éveil pour les enfants	<input type="checkbox"/>	
Aide à la scolarité	<input type="checkbox"/>	
Aide aux parents pour fixer des limites aux enfants	<input type="checkbox"/>	
Aider les enfants à respecter les limites	<input type="checkbox"/>	
Aider les parents à favoriser le dialogue avec leurs enfants	<input type="checkbox"/>	
Aider les parents à gérer les situations conflictuelles avec leurs enfants	<input type="checkbox"/>	
Apprentissage dans l'organisation et la gestion de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	

b) Activités et organisation de la vie quotidienne

(cocher les cases correspondantes)

Accompagnement		Objectifs complémentaires à préciser
Entretien du linge et du logement	<input type="checkbox"/>	
Courses	<input type="checkbox"/>	
Préparation des repas (conseils équilibre alimentaire, diversité des aliments, recettes...)	<input type="checkbox"/>	
Préparation et accompagnement des enfants à l'école	<input type="checkbox"/>	
Divers : organisation de la vie quotidienne, gestion du temps, aide administrative, tri des papiers , classement...)	<input type="checkbox"/>	

c) Accompagnement à la vie sociale :

(cocher les cases correspondantes)

		Objectifs complémentaires à préciser
Accompagnement dans les démarches administratives	<input type="checkbox"/>	
Aide au repérage des structures de proximité (mdsi, associations.....)	<input type="checkbox"/>	
Écoute et aide relationnelle vers le parentalité	<input type="checkbox"/>	
Accompagnement des familles dans leur environnement (voisins, école, activités extérieures)	<input type="checkbox"/>	
Accompagnement des parents vers les actions de soutien à la parentalité	<input type="checkbox"/>	
Accompagnement vers l'accès au droit	<input type="checkbox"/>	

Je m'engage à faciliter les interventions des TISF à mon domicile pour mettre en œuvre les objectifs mentionnés ci dessus avec lesquels je suis d'accord.

Fait à _____ le _____

Pour le département : Signature
de

du TMS

Signature de

l'association

Signature

la famille

Pour la CAF et la MSA : Qualité et signature du professionnel effectuant l'entretien

Accord de prise en charge pour l'intervention d'une TISF

Nom du bénéficiaire:	Nom du bénéficiaire:
Adresse :	Adresse :
Tel :	Tel :

Quotient familial :	Participation de la famille :
----------------------------	--------------------------------------

Validation de la fiche navette le :

Début de l'intervention : du au	Nbre de semaines :.....
Durée et rythme de l' intervention :.....	
Jour d'intervention	

Fait le :	Signature du RPE OU RPE PMI (pour les heures PMI) : Par délégation du Président du Conseil départemental
Par :	