

## DOSSIER DE CANDIDATURE

### DISPOSITIF « FAMILLE GOUVERNANTE »

**Nom :**

**Prénom :**

**Date :**

(A remplir par la personne elle-même avec l'aide d'un tiers : infirmier(e), assistant(e) sociale(e), famille...) et à retourner à :

**UDAF 09**

**Dispositif « Famille Gouvernante »**

✉ **19 rue des moulins 09000 Foix**

☎ **05-61-05-46-09**

💻 : [coordo-famillegouvernante@udaf09.unaf.fr](mailto:coordo-famillegouvernante@udaf09.unaf.fr)

**DISPOSITIF** (choix possible)

Saint-Girons

Pamiers

Lavelanet

**Bilan SOCIO-ADMINISTRATIF**

Référent social : (nom, qualité et coordonnées) :

Téléphone :

Adresse mail :

### Etat civil du candidat

- Nom :
- Nom de jeune fille :
- Prénom
- Date de naissance :
- Lieu de naissance :
- Nationalité :
- Adresse actuelle :
- Téléphone :
- Situation familiale :



## SITUATION PERSONNELLE

**Situation familiale :** (relations avec les parents, les enfants, la famille au sens large et l'entourage autre. Eventuellement coordonnées des personnes).

### **Personne à prévenir :**

- Nom :
- Téléphone :
- Qualité :
- Adresse :

**Expériences de vie autonome :** (est ce que la personne a déjà vécu seule, dans quel type de logement, où, combien de temps, comment cela s'est-il passé...)

**Conditions de vie actuelle :** (seul(e), en institution, en famille...)

**Insatisfactions et difficultés dans le mode de vie actuel :**

## AUTONOMIE : (besoins de surveillance, de stimulation, d'aide...)

### **Autonomie dans la vie personnelle :**

- Soins corporels (toilette, hygiène personnelle)
- Soins médicaux et prise de traitement
- Vêtue/habillage
- Entretien des effets personnels
- Alimentation

### **Autonomie dans la vie quotidienne :**

- Capacité à entretenir le logement
- Capacité à réaliser des achats
- Capacité à faire des démarches administratives
- Problèmes de mobilité/motricité

### **Autonomie dans les relations avec l'extérieur :**

- Déplacements
- Problèmes d'orientation dans le temps, dans l'espace/ capacité à se déplacer seul(e)
- Difficultés d'organisation dans le temps
- Activités sportives
- Activités et relations sociales
- Gestion du temps libre/ loisirs
  - Qu'est- ce qui vous pose problème dans la vie quotidienne ?
  - Vous arrive- t-il de vous mettre en danger ? Comment ?
  - Avez-vous des problèmes dans vos relations avec les autres ?
  - Vous sentez –vous apte à vivre en groupe ?

### **☐ SUIVI MEDICAL**

- Médecin référent :
- Psychiatre référent :
- Infirmier référent :
- Autres suivis



*(NB : si votre médecin souhaite adresser un certificat médical, il peut le faire sous pli confidentiel au médecin de la commission).*

- Traitements :
  
- Allergies :     Oui             Non            Préciser :
  
- Régime alimentaire spécifique :
  
- Historique de la maladie (date de début, nombre d'hospitalisation, lieux, durées, motifs...) :
  
  
- Prise en charge actuelle, modalités d'intervention, fréquence des interventions ... :
  
- Autres problèmes de santé :
  
- Points particuliers à surveiller :
  
- Avis éventuel des référents sur une entrée en famille gouvernante :

→ Qu'est-ce qui vous pose problème dans votre état de santé actuel ?

**MOTIVATIONS POUR LA PERSONNE A ENTRER DANS LE DISPOSITIF  
« FAMILLE GOUVERNANTE ».**