

DEMANDE D'INTERVENTION

Date de la demande : ____/____/____

Intervenant : TISF AES A définir

Le bénéficiaire a déjà été accompagné : Non Oui, en quelle année _____

Origine de la demande : (choix multiple possible)

Famille directement Travailleur social Réseau d'accompagnement des parents Médecin
 PMI SPE Autre : _____

(Si demande faite par un travailleur social)

Coordonnées du travailleur social à l'origine de la demande

Nom et prénom	
Adresse	
Mail	
Téléphone	
Autres coordonnées	

Famille : (présente sur le lieu d'intervention)

	PARENT 1 <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	PARENT 2 <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom		
Prénom		
Date de naissance	____/____/____	____/____/____
Adresse	N° _____ Rue _____ Code postal _____ Ville _____ Etage _____ Digicode _____ Autre _____	N° _____ Rue _____ Code postal _____ Ville _____ Etage _____ Digicode _____ Autre _____
Téléphone	Fixe ____/____/____/____/____ Portable ____/____/____/____/____	Fixe ____/____/____/____/____ Portable ____/____/____/____/____
Adresse mail	_____ @ _____	_____ @ _____
Profession		
Reconnaissance MDPH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e)/concubinage Séparé(e) Veuf(ve)

Mesure de protection : Tutelle Curatelle MJAGBF Autre _____

Organisme et coordonnées :

Enfants :

	<u>Enfant 1</u>	<u>Enfant 2</u>	<u>Enfant 3</u>	<u>Enfant 4</u>	<u>Enfant 5</u>
<u>Nom</u>					
<u>Prénom</u>					
<u>Sexe</u>					
<u>Date de naissance</u>					
<u>Handicap</u>	<input type="checkbox"/>				
<u>Allergies ou informations importantes</u>					

Motif pour un financement partiel de la CAF

Numéro d'allocataire CAF : _____

Quotient familial CNAF : _____ Participation Familiale : _____

FAITS GENERATEURS	Cocher	Pièces à fournir
Pour tous les faits génératrices	X	Attestation de QUOTIENT FAMILIAL CAF
1-1 Soin enfant courte durée		Justificatif médical mentionnant la nécessité d'une intervention à domicile
1-2 Soin parent de courte durée		Justificatif médical mentionnant la nécessité d'une intervention à domicile
1-3 Soin enfant de longue durée		Justificatif Affection Longue Durée
1-4 Soin parent de longue durée		Justificatif Affection Longue Durée
1-5 Agrandissement de la famille		Livret de famille plus de 3 enfants
1-6 Recomposition familiale		Déclaration de changement de situation CAF
1-7 Déménagement/Emménagement		Justificatif d'entrée ou sortie de logement
1-8 Moments clés de la vie scolaire		Attestation scolaire
2-1 Grossesse pathologique		Certificat médical de grossesse pathologique
2-2 Naissance		Livret de famille ou extrait d'acte de naissance
2-3 Naissance multiple		Livret de famille ou extrait d'acte de naissance
2-4 Adoption		Document concernant l'adoption d'un enfant
3-1 Décès d'un enfant		Certificat de décès
3-2 Décès d'un parent		Certificat de décès
3-3 Séparation		Extrait de jugement de séparation, divorce, attestation sur l'honneur de cessation de vie commune, bulletin d'incarcération
3-4 Décès d'un proche œuvrant à l'équilibre familial		Certificat de décès
4-1 Insertion socio-professionnelle du mono parent		Projet personnalisé d'accès à l'emploi, contrat d'engagement réciproque en matière d'insertion
4-2 Inclusion dans son environnement d'un enfant porteur de handicap		Notification MDPH de l'enfant ou si l'enfant est en cours de reconnaissance (AJPP, certificat médical...)
Intervention à visée éducative, mission d'aide sociale à l'enfance		
Programme de Réussite Éducative		

Accord de prise en charge financière spécifique

Modalité de financement (montant/fréquence)	Nom de l'organisme et signature du référent

Logement

Type de logement	Appartement <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Autre..... Superficie..... Nombre de pièces Etage.....
Présence animaux	Type Nombre.....

Définition du besoin et des raisons de l'intervention :

Présentation de la situation :

Finalité de l'intervention de la TISF ou de l'AES :

Fréquence d'intervention souhaitée

Jour _____ Matin Après midi

Rythme d'intervention : _____

Demande de devis : Oui Non

Demande de visite à domicile : Oui Non

Date : _____ Signature de l'usager ou du demandeur

Cadre réservé à l'association :

AIDE ET INTERVENTION
A DOMICILE
DU BAS-RHIN

SCHILTIGHEIM,
Le

M. / MME

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez bénéficier des services de notre association à votre domicile. La TISF ou l'AES **intervient auprès de familles, de personnes en difficulté de vie ou en difficulté sociale**, effectue une intervention **préventive et réparatrice à travers des activités d'aide à la vie quotidienne et à l'éducation des enfants**. Ses tâches consistent essentiellement à s'occuper des enfants et assurer les travaux ménagers courants. Les manutentions pénibles et les gros travaux sont exclus.

Nos interventions nécessitent le respect des règles de sécurité prévues dans le document des risques professionnels.

Cette aide étant temporaire, nous nous réservons la possibilité de suspendre momentanément notre intervention afin de répondre aux nouvelles familles dans le besoin. Les familles prioritaires sont celles où les enfants sont seuls pour hospitalisation d'un parent.

Nouveau critère : après trois mois d'intervention toute prolongation est soumise à une commission.

Nos interventions se font toujours à raison de 4 ou 8 heures d'affilée, principalement de 8h à 12h ou de 13h à 17h.

Vous voudrez bien nous prévenir au moins 10 jours à l'avance de toute modification ou annulation, faute de quoi nous nous verrons dans l'obligation de facturer l'intervention prévue.

La TISF ou l'AES viendra vous aider d'après vos demandes mais également d'après nos possibilités. Elle vous présentera à signer chaque jour un certificat de présence, mentionnant ses heures d'arrivée et de départ.

Lors de la première facture, une cotisation annuelle de 10,00 euros vous sera demandée.

LA DIRECTRICE



A retourner

Je soussigné(e) M/MME
certifie avoir pris connaissance des conditions de mise à disposition d'une TISF/AES par lettre du

.....
Je m'engage à respecter ces conditions et à signer si une aide précédente m'a été accordée dans les douze derniers mois.

A

Le

Signature :



DU BAS-RHIN

Objet : Mise en place d'un prélèvement automatique

Madame, Monsieur,

Afin de faciliter la mise en place de nos interventions, nous souhaitons automatiser le règlement de nos factures en vous proposons la mise en place d'un prélèvement automatique concernant votre participation horaire familiale définie par votre contrat.

Nous vous prions de bien vouloir nous retourner le Mandat de prélèvement SEPA, au verso de ce courrier et joindre à ce mandat un RIB (relevé d'identité bancaire) à l'adresse suivante

Aide et Intervention à Domicile du Bas-Rhin
46 rue Jean Jaurès
67300 SCHILTIGHEIM

En cas de besoin, notre service comptabilité reste à votre disposition de 9h à 12h au 03.88.33.87.10.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

La Direction

