

## 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Allergies ou informations importantes</u></b>					

**Motif pour un financement partiel de la CAF**

Numéro d'allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Quotient familial CNAF : \_\_\_\_\_ Participation Familiale : \_\_\_\_\_

FAITS GENERATEURS	Cocher	Pièces à fournir
<b>Pour tous les faits générateurs</b>	<b>X</b>	<b>Attestation de QUOTIENT FAMILIAL CAF</b>
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'utilisateur ou du demandeur

**Cadre réservé à l'association :**

[illegible]

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 :



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 mandant 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

575419	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA												AIDE ET INTERVENTION A Domicile DU BAS-RHIN
	Référence unique du mandat												

Ce document est à retourner à :

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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Aide et Intervention à Domicile du Bas-Rhin à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Aide et Intervention à Domicile du Bas-Rhin.  
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :  
- dans les 8 semaines qui suivent la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,  
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

<u>Créancier :</u>	Nom :	Aide et Intervention à Domicile du Bas-Rhin
	Ics :	FR59ZZZ575419 46 rue Jean Jaurès 67300 Schiltigheim
	Date de prélèvement :	Entre le 6 et 9 du mois
	Type de paiement :	Récurrent (répétitif) <input checked="" type="checkbox"/> Ponctuel (annuel) <input type="checkbox"/>

Titulaire du compte bancaire à débiter à compléter :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A signer :

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Signature

Si vous réglez les factures d'une autre personne à compléter

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur fournis à titre **INDICATIF**

Code identifiant du débiteur \_\_\_\_\_ (Ce que vous souhaitez voir restituer par votre banque)

Tiers débiteur pour lequel vous effectuez un paiement \_\_\_\_\_

(Si votre paiement concerne un accord passé entre l'Aide et Intervention à Domicile du Bas-Rhin et un tiers, par exemple pour qui vous payez la facture)

Nom du tiers créancier : NEANT

Numéro d'identification du contrat \_\_\_\_\_ (ex : Aide à domicile)

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 36 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés