

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 générateurs	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

