

Version avril 2023

FORMULAIRE 8

Demande d'intervention pour un accueil familial

Ce formulaire est composé de 2 parties :

PARTIE 1 - Note explicative (à garder pour vous) pages 1 à 3

PARTIE 2 -Formulaire de demande (à envoyer au Service PHARE) pages 5 à 15

Volet A : Formulaire de demande (à remplir par vous)

Volet B : Données psycho-médico-sociales (à remplir par le service d'accueil familial ou par un service extérieur)

° ° °

PARTIE 1 - Note explicative (à garder pour vous)

Certains services d'accompagnement proposent un accueil en famille, pour une journée, un week-end ou pour plus longtemps.

Si vous souhaitez bénéficier d'un accueil familial, vous pouvez vous adresser à l'un de ces services d'accompagnement. Il vous précisera les démarches à réaliser.

Vous trouverez la liste de ces services à Bruxelles sur notre site internet www.phare.irisnet.be
Le Service PHARE peut aussi vous envoyer la liste des services.

IMPORTANT :

Si vous êtes domicilié à Bruxelles et que vous n'avez pas encore été admis (inscrit) au Service PHARE, vous devez d'abord demander votre inscription.

Pour cela vous devez :

- compléter le FORMULAIRE 1 (demande d'admission),
- faire compléter par un médecin de son choix le FORMULAIRE 2 (document médical),
- et envoyer ces deux formulaires au Service PHARE.

ATTENTION :

- Nous vous conseillons vivement d'introduire votre demande d'admission au Service PHARE (inscription) **au préalable, afin de recevoir une décision d'admission AVANT votre accueil.**
- **Pour être traitée par le Service PHARE, votre demande doit absolument être signée par la bonne personne : lire la page 5-6.**

Partie 2 – Votre demande d'intervention

ETAPE 1 : Volet A – Formulaire de demande.

Vous complétez et signez le volet A du FORMULAIRE 8 : il reprend vos données personnelles et précise votre demande pour un accueil familial. Vous le donnez **au service d'accompagnement qui doit aussi signer cette partie 2.**

ETAPE 2 : Volet B - Données psycho-médico-sociales

Vous faites compléter et signer le volet B du FORMULAIRE 8 par le service d'accompagnement ou par un service extérieur :

- Par exemple, un centre de guidance, un service de santé mentale, un centre psycho-médico-social (PMS) ou un centre hospitalier de votre choix. Il peut aussi être complété par un service qui vous a accueilli précédemment.
- Il peut être remplacé par tout autre rapport reprenant les mêmes informations.
- Ce volet B (ou rapport) doit être signé par au moins deux personnes représentant deux des trois professions suivantes : médecin, psychologue, assistant social.

C'est le service d'accompagnement qui envoie votre demande d'intervention (Volets A et B) complétée et signée au Service PHARE :

- Soit via l'adresse électronique suivante : centre.phare@spfb.brussels
- Soit par courrier envoyé à l'adresse suivante :
Service PHARE - Service des Prestations individuelles - Rue des Palais 42 - 1030 Bruxelles
- Soit en la déposant à la même adresse.

Si vous avez des difficultés pour compléter ce formulaire ou si vous souhaitez des explications, une personne du Service PHARE peut vous aider.

Pour poser des questions générales par téléphone, fax ou courriel – contactez l'Espace Accueil du Service PHARE :

Téléphone : 02 800 82 03 - lundi - mardi - jeudi - vendredi de 9 H à 12 H - Fermé le mercredi

Fax : 02 800 81 20

Mail : info.phare@spfb.brussels

Nous pouvons vous recevoir uniquement sur rendez-vous, pour fixer un rendez-vous veuillez contacter l'Espace Accueil du Service PHARE.

Informations relatives à la protection de la vie privée

Toutes les données à caractère personnel reprises dans le présent document sont traitées dans le respect de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (MB 05/09/2018).

Vous disposez du droit de consulter les informations qui vous concernent et, si nécessaire, de les faire rectifier en contactant le service responsable du traitement (Service PHARE – rue des Palais, 42 – 1030 Bruxelles).

Vous trouverez plus d'informations sur le site internet du Service PHARE :

www.phare.irisnet.be

FORMULAIRE 8

Demande d'intervention pour un accueil familial

PARTIE 2 – Volet A – Formulaire de demande.

Cette partie concerne l'accueil familial d'une personne handicapée organisé par un service d'accompagnement agréé par le Service PHARE, que la personne soit domiciliée en Région bruxelloise, en Région wallonne ou en Région flamande.

Elle doit être complétée et signée par le service d'accompagnement et par la personne.
Le service d'accompagnement l'envoie au Service PHARE.

1. IDENTITE : COORDONNEES DE LA PERSONNE INSCRITE

Nom : Prénoms :

Date de naissance : / / ☐ Homme ☐ Femme

N° national : -

N° de dossier au Service PHARE : AWIPH : VAPH :

Domicile : N°:

Code postal : Commune :

 GSM :

Courriel :

2. COORDONNEES DE LA PERSONNE QUI SIGNE LA DEMANDE

Cochez la bonne case :

☐ **La personne est mineure :**

- ☐ son représentant légal est le père, la mère ou le tuteur → signature du représentant légal
- ☐ sous la protection d'une décision d'un juge de la jeunesse → signature du représentant légal et/ou du juge de la jeunesse.

Il est indispensable de joindre, le cas échéant, la décision du Juge de la Jeunesse

☐ **La personne est majeure :**

- ☐ elle ne fait l'objet d'aucune mesure de protection → signature de la personne
- ☐ elle bénéficie d'une mesure de protection visant uniquement la gestion des biens
→ signatures de la personne **et** de l'administrateur ou du mandataire
- ☐ elle bénéficie d'une mesure de protection de ses biens et de sa personne
→ signatures de l'administrateur ou du mandataire
- ☐ elle bénéficie d'une dispense de signature définitive ou temporaire
→ fournir une copie recto de la carte d'identité ou de l'attestation médicale

Attention ! TOUJOURS joindre le mandat ou la décision de justice.

Précisez les coordonnées du représentant légal, du juge de la jeunesse, du mandataire ou de l'administrateur :

Nom : Prénom :

N° national : - Date de naissance : / /

Adresse : N°

Code postal : Commune :



.....

GSM

Courriel :

Lien avec la personne :

Tout changement au niveau des informations mentionnées ci-dessous doit être communiqué immédiatement au Service PHARE.

3. COORDONNEES DU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT

Nom du service :

Gestionnaire du dossier :

Fonction :

Adresse : N° :

Code postal : Commune :



..... GSM Courriel :

4. Veuillez expliquer les raisons qui motivent la demande d'accueil familial :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

J'autorise l'enregistrement et le traitement des données personnelles me concernant ou concernant la personne que je représente légalement, dans le cadre défini par le Service PHARE aux seules fins d'intervention relative à l'accueil familial.

Conformément à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (MB 05/09/2018).

Je dispose du droit de consulter les informations qui me concernent et, si nécessaire, de les faire rectifier en contactant le service responsable du traitement (Service PHARE - rue des Palais, 42 - 1030 Bruxelles).

Je demande que la personne ou le service indiqué ci-dessous reçoive une copie de la décision qui sera prise par le Service PHARE :

.....

.....

.....

Relisez les informations des pages 5 et 6 pour vérifier par qui votre demande doit être signée pour être valable. N'oubliez pas de joindre, le cas échéant, la décision du Juge de la Jeunesse.

Signature de la personne

Signature du Représentant légal, du Juge de la Jeunesse, de l'Administrateur ou du Mandataire

Lu et approuvé

Lu et approuvé

Date :

Date :

Signature du service d'accompagnement – Nom du responsable :

Lu et approuvé

Date :

PARTIE 2 – Volet B – Données psycho-médico-sociales

Ce volet B doit être complété et signé par le service d'accompagnement ou par un service extérieur. Il doit être envoyé au service d'accompagnement qui l'envoie au Service PHARE en même temps que le volet A.

1. Coordonnées de la personne

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

N° national : -

N° de dossier au Service PHARE : AVIQ (ex-AWIPH) : VAPH :

2. Indiquez la (les) catégorie(s) de handicap qui correspond(ent) à la situation de la personne

Handicap principal(1)	Handicap(s) associé(s)(2)	Code	Libellé
		010	Troubles moteurs
		020	Paralysie cérébrale - IMC
		030	Troubles respiratoires
		040	Malformations cardiaques
		060	Poliomyélite
		071	Aveugles/troubles graves de la vue
		072	Sourds/malentendants/troubles graves de la parole/troubles graves de l'ouïe
		080	Sclérose en plaques
		090	Spina-bifida ou myopathie ou neuropathie
		100	Epilepsie non stabilisée
		111	Déficiência mentale légère
		112	Déficiência mentale modérée
		113	Déficiência mentale sévère
		114	Déficiência mentale profonde
		120	Malformations du squelette ou des membres
		140	Troubles caractériels, présentant un état névrotique ou prépsychotique et nécessitant une éducation appropriée
		150	Affection chronique non contagieuse
		160	Autisme
		170	Lésion cérébrale congénitale ou acquise

(1) Cochez une case

(2) Vous pouvez cocher plusieurs cases

Indiquez en outre, la présence de troubles du comportement :

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez :

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

Indiquez si la personne est usagère de :

☐ voiturette manuelle ☐ voiturette électrique ☐ béquille ☐ autre :

Commentaires :

Indiquez si la personne souffre d'incontinence :

Diurne : ☐ non ☐ occasionnellement ☐ oui

Nocturne : ☐ non ☐ occasionnellement ☐ oui

3. Pour les adultes uniquement, précisez si la personne présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

Caractéristiques	Cochez une ou plusieurs cases
Être grabataire (personne alitée de façon permanente ou en chaise roulante avec coquille)	☐
Nécessiter la présence continue et active d'une tierce personne (vigilance, surveillance telle que le personnel encadrant puisse intervenir à tout moment)	☐
Souffrir d'incontinence nocturne et diurne	☐
Présenter des troubles graves du comportement (mise en danger physique ou psychologique de soi-même et/ou d'autrui)	☐
Nécessiter l'aide d'une tierce personne pour se nourrir (gastrostomie, problème de déglutition ou incapacité à porter les aliments à sa bouche)	☐
Nécessiter chaque jour une toilette complète faite par une autre personne (nécessiter une assistance active d'une tierce personne)	☐
Nécessiter l'aide d'une tierce personne pour se mouvoir en raison de troubles moteurs entraînant une absence d'autonomie motrice même lorsque la personne est appareillée (personne ne pouvant utiliser seule sa chaise roulante ou personne ne pouvant se déplacer seule à l'extérieur)	☐
Être atteint d'une épilepsie non stabilisée	☐
Nécessiter une surveillance médicale en raison d'une affection somatique chronique grave (cardiopathie, pneumopathie, néphropathie, déficit immunitaire, trouble grave et chronique d'absorption digestive)	☐

4. Pour les enfants et les adultes, définissez le besoin d'intensité de soutien dans les activités de la vie quotidienne :

Tenir compte de l'âge de la personne (adulte ou enfant).	Autonome (1)	Soutien modéré (2)	Soutien important (3)
Se laver			
S'habiller			
Aller aux toilettes			
Prendre ses repas			
Gérer son argent de poche			
Choisir ses activités			
Se déplacer			
Autres :			

Note explicative :

(1) **Autonome** : c'est-à-dire apte à accomplir un acte sans que des adaptations soient nécessaires.

(2) **Soutien modéré** : c'est-à-dire accompagner, faire avec lui.

(3) **Soutien important** : c'est-à-dire faire à sa place.

5. Pour les enfants et les adultes, identifiez le niveau de développement :

Commentez vos réponses à la page suivante pour détailler les difficultés	Pas de difficultés (1)	Difficultés modérées (2)	Difficultés importantes (3)
Relations sociales (respect des règles, gestion des émotions,...)			
Communication expressive (langage, utilisation de pictogrammes, moyens de communication,...)			
Raisonnement (compréhension des situations sociales)			
Fonctionnement cognitif (mémoire, attention, concentration,...)			
Autres :			

Détaillez ici les difficultés rencontrées par la personne et indiquées aux rubriques 3, 4 et 5 des pages précédentes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Synthèse des observations :

6.1. Situation de la personne :

Décrivez les difficultés que la personne rencontre, c'est-à-dire les conséquences de ses incapacités et déficiences dans sa vie courante :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.2. Besoins à rencontrer :

Quels besoins devront être satisfaits par la famille d'accueil ?

Ceux-ci peuvent se situer dans un cadre plus général que celui rencontré par les interventions du Service PHARE.

.....

.....

.....

6.3. L'orientation actuelle vous semble-t-elle judicieuse ? Motivez :

.....

.....

.....

6.4. Identifiez les points d'attention particuliers par rapport à cette situation (prise en charge, projets individuels, situation familiale, ...) ?

.....

.....

.....

6.5. Profil de soutien :

Selon les informations que vous avez recueillies, indiquez si la personne correspond globalement au profil 1, 2 ou 3 en ce qui concerne le soutien que doit apporter la famille d'accueil à la personne.

Cochez la case qui convient.

- ☐ **Profil 1.** Soutien régulier de la famille d'accueil car la personne est globalement autonome mais nécessite des accompagnements et /ou des adaptations pour certaines activités de la vie quotidienne.
- ☐ **Profil 2.** Soutien fréquent de la famille d'accueil car la personne doit être accompagnée dans la majorité des actions de la vie quotidienne.
- ☐ **Profil 3.** Soutien permanent de la famille d'accueil car la personne dépend de l'aide d'une tierce personne pour répondre à ses besoins élémentaires tels que soins, alimentation, déplacements et sécurité personnelle.

Remarques :

- Les enfants de moins de 3 ans relèvent automatiquement du profil 3. C'est au service d'accompagnement de renvoyer au Service PHARE un nouveau volet B (complété par lui ou par un service extérieur), 3 mois avant les 3 ans de l'enfant, afin d'obtenir une nouvelle évaluation de son profil de soutien.
- Le Service PHARE peut fixer un délai de réévaluation¹ du profil du soutien que la famille d'accueil doit apporter à la personne. Dans ce cas, le service d'accompagnement doit réintroduire un volet B (complété par lui ou par un service extérieur), 3 mois avant la date d'échéance indiquée dans la décision.
- Le service d'accompagnement peut également demander une révision² du profil du soutien que la famille d'accueil doit apporter à la personne. Il adresse alors un nouveau volet B (complété par lui ou par un service extérieur) au Service PHARE.

¹ Article 18 de l'arrêté du 7 mai 2015 du Collège de la Commission communautaire française relatif aux prestations individuelles et aux aides à l'emploi des personnes handicapées portant application des articles 19,1° et 48 du décret de la Commission communautaire française du 17 janvier 2014 relatif à l'inclusion de la personne handicapée et article 13 du décret Inclusion (MB 29/07/2015)

² Idem 1

7. Date et signatures : deux intervenants au minimum - soit médecin, soit psychologue, soit assistant social.

Les signataires autorisent le Service PHARE à communiquer, lorsque les circonstances l'exigent, les données du présent formulaire aux équipes pluridisciplinaires des services prestataires compétents moyennant le consentement préalable de la personne.

Psychologue,

Médecin,

Assistant social,

date :

date :

date :

Veillez indiquer vos coordonnées :

Nom :	Nom :	Nom :
Service :	Service :	Service :
Adresse:	Adresse:	Adresse:
.....		
Tél :	Tél :	Tél :
Courriel :	Courriel :	Courriel :

Toutes les données à caractère personnel reprises dans le présent document sont traitées dans le respect de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (MB 05/09/2018).