



FICHE DE REPERAGE DES PROCHES AIDANTS

Aidant repéré le : ... / ... /202. Par
 L'aidant lui-même (auto-repérage)

AIDANT	Réservé à l'administration :
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom : Prénom : Né-e le : Adresse : Commune : Code postal : Tél 1 : Tél 2 : Mél : Lien de parenté avec la personne aidée : Distance entre les lieux de vie aidant/aidé : <input type="checkbox"/> Sur place <input type="checkbox"/> Moins de 10mn <input type="checkbox"/> Moins d'1h <input type="checkbox"/> Plus d'1h Aides apportées par l'aidant : <input type="checkbox"/> Aide administrative (gestion du budget, démarches de la vie courante) <input type="checkbox"/> Aide à la vie sociale (aide à la communication, stimulation par des activités, accompagnement aux sorties) <input type="checkbox"/> Aide au service ménager (ménage, linge, courses, préparation des repas, etc.) <input type="checkbox"/> Aide à la personne (toilette, aide aux déplacements, aide aux repas, etc.) <input type="checkbox"/> Présence responsable (risque de fugue, d'accident domestique, présence 24/24) Situation professionnelle : <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Sans activité <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Réduction ou arrêt de l'activité lié à l'aide apportée Bénéficiaire : <input type="checkbox"/> de l'allocation journalière de présence parentale <input type="checkbox"/> du congé du proche aidant <input type="checkbox"/> Autres (dédommagement familial,...) Remarque :	

Vous êtes aidant, quelles sont les répercussions pour vous ?

GRILLE MINI ZARIT (facultative)

	Jamais 0	Parfois 0,5	Souvent 1
1- Le fait de vous occuper de votre proche entraîne-t-il :			
Des difficultés dans votre vie familiale ?			
Des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs ou dans votre travail ?			
Un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?			
2- Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre proche ?			
3- Avez-vous peur pour l'avenir de votre proche ?			
4- Souhaitez-vous être (davantage) aidé pour vous occuper de votre proche ?			
5- Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre proche ?			

Score :+.....+.....+.....+.....+.....+..... = / 7

Interprétation :

0 à 1 : fardeau léger ou absent / 1,5 à 2,5 : fardeau léger à modéré / 3 à 4,5 : fardeau modéré à sévère / 5 à 7 : fardeau sévère

Tournez la page svp

BESOINS :

- d'informations (sur les dispositifs et les aides existantes)
- de formation sur mon rôle d'aidant, sur la maladie ou le handicap de mon proche
- d'accompagnement dans les démarches administratives (constitution d'un dossier, accessibilité numérique)
- de soutien psychologique, de conseils et échanges
- de répit (repos, remplacement, relais...)
- de conseil autour de l'activité professionnelle (maintenir ou réduire mon activité, reprendre un emploi)
- de prendre soin de moi, de me soigner

PERSONNE AIDÉESexe : F M

Nom : Prénom : Né·e le :

Adresse :

Code postal : Commune :

Situation familiale : Seul·e En couple En famille**Lieu de vie :** Logement individuel, familial ou Hébergement : en établissement
 en accueil familial Personne en situation de handicap
 Adulte Enfant (- de 20 ans)**Si reconnaissance MDPH** n° de dossier (facultatif) : Personne âgée de plus de 60 ans**Si bénéficiaire de l'APA** n° de dossier (facultatif) :**La personne aidée présente** (plusieurs cases peuvent être cochées) : des problèmes d'audition des problèmes de vision des problèmes de langage
et de la parole des problèmes de développement
comportemental et/ou intellectuel des problèmes d'ordre psychique des difficultés locomotrices
(ex. : rhumatisme, paralysie) une altération des fonctions
cognitives (ex. : troubles de la
mémoire) une ou plusieurs maladies
responsables d'une
dépendance ou d'un handicap
 autre**Aidez-vous une autre personne que celle mentionnée ci-dessus ?**Non Oui (si oui, vous pouvez compléter une autre fiche de repérage) Je donne mon accord pour le recueil de ces informations* Je suis d'accord pour être contacté par les services du Conseil départemental du Tarn*Signature de l'aidant***Pour toute question et/ou renseignement, contactez la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) au n° 05.81.27.70.07**

* Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique destiné à proposer des actions adaptées aux aidants et fournir des statistiques. Les données enregistrées sont exclusivement celles liées à ce formulaire ; elles sont conservées durant la période de l'aide.

Ces informations sont réservées à l'usage des services concernés et ne peuvent être communiquées qu'au personnel du Département du Tarn et aux destinataires habilités. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, et au "règlement général sur la protection des données" (RGPD) vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

L'ensemble de ces demandes doit être adressé, en justifiant de votre identité, au délégué à la protection des données.

Par courrier postal à :

Conseil départemental du Tarn

A l'attention de la Déléguée à la Protection des Données

Lices Georges Pompidou

81013 ALBI cedex 9

Par courriel : dpd@tarn.fr

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) :

3 place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex ou sur www.cnil.fr

FICHE RECTO-VERSO – ADRESSER À :

Maison Départementale de l'Autonomie – Service Accueil Information et Coordination
BP 10055 – 81027 ALBI cedex 9 / contact.mda@tarn.fr