

**ANNEXE 1 AU CAHIER DES CHARGES**

**CONTRAT INDIVIDUEL POUR UNE INTERVENTION A DOMICILE**



# LE DÉPARTEMENT

**CONTRAT INDIVIDUEL POUR UNE INTERVENTION A DOMICILE**  
**Auxiliaire de Vie Sociale ou Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale**

- 1<sup>ère</sup> Demande
- Renouvellement

Une intervention d'aide à domicile est sollicitée à son/leur domicile par :

Mr et/ou Mme:

Enfants:

Adresse:

## **Article 1 - Objet de l'intervention**

### **1-1 Intervention**

L'intervention est effectuée par :

Technicienne de Intervention Sociale et Familiale



Auxiliaire de Vie Sociale



### **1-2 Motif de l'intervention**

\* Grossesse à risque



\* Famille rencontrant des difficultés éducatives et/ou sociales



\* Prévention des risques de danger



### **1-3 L'intervention a pour objectif global :**

### **1-4 Actions à réaliser par l'intervenant (objectifs opérationnels) :**

1. Actes ordinaires de la vie quotidienne  
(à préciser)



2. Activités éducatives - soutien à la fonction parentale  
(à préciser)



3. Activités sociales et relationnelles  
(à préciser)



**1.5 Moyens mis en œuvre**

Le professionnel, ci-dessous désigné, réalisera l'intervention au domicile de la famille :  
Mme .....

**Article 2 - Durée de l'intervention**

La durée de l'intervention est fixée à :

Nombre d'heures : .....

Elle débutera le .....

S'effectuera, à titre indicatif, au rythme suivant :

.....  
.....

Les jours, heures, rythme et durées journalières d'intervention sont précisés ci-dessus en concertation entre le référent, l'intervenant et la famille en fonction des besoins de celle-ci.

**Article 3 - Engagements de la famille**

La famille s'engage à collaborer à la réalisation des objectifs fixés à l'art.1.

La famille assure le libre accès de son domicile et de ses dépendances s'il y a lieu.

Elle communiquera les moyens et les codes d'accès pour que l'intervenante puisse parvenir à son lieu d'habitation.

La famille doit prévenir l'association ou la TISF du Conseil Départemental de son absence au domicile au moins 48h à l'avance.

**Article 4 - Confidentialité**

L'association, ainsi que l'ensemble de son personnel ou l'intervenant, sont tenus au secret professionnel et à l'obligation de discrétion pour ce qui concerne les informations de toute nature dont elle a connaissance durant l'exécution du présent contrat, sans préjudice des lois et règlements en vigueur y dérogeant.

La famille est informée que seront réalisés un bilan intermédiaire et un bilan final auxquels elle sera associée. Ces bilans seront transmis au référent social ou médico-social.

Le présent contrat est également considéré comme confidentiel, ainsi que les échanges de courriers et d'informations entre les deux parties.

**Article 5 - Coût de l'intervention et prise en charge financière**

La dépense sera prise en charge par le Conseil Départemental sur la base du prix horaire fixé par arrêté départemental.

Seules les heures effectuées seront facturées (en cas d'absence non prévue de la famille, le prestataire facturera une heure d'intervention).

**Article 6 - Participation financière (art R 222-2 du CASF)**

La participation financière horaire de la famille s'établit à ..... €/heure en fonction des ressources et de la composition familiale.

Elle fait l'objet d'une récupération à la fin de la période d'intervention par le Service Finances du Conseil Départemental.

**Article 7 - Evaluation de l'intervention**

La situation de la famille à l'issue de l'intervention fera l'objet d'une évaluation par le référent social ou médico-social et la personne ayant réalisé l'intervention.

Les éléments et recommandations y figurant seront portés à la connaissance de la famille ainsi qu'au service décideur du Conseil Départemental pour information et/ou décision.

**Article 8 - Conditions et modalités de résiliation, révision ou cessation de l'intervention**

Ce contrat est fixé pour un motif défini à l'article 1 et comporte une durée limitée.

La date limite d'exécution du présent contrat est fixée à 6 mois à compter de la date de sa signature.

Il peut être renouvelé après évaluation de nouvelle demande..

Il peut être résilié en cours d'exercice si les objectifs ont été atteints, si les contractants n'ont pas respecté leurs obligations, ou si la famille le souhaite (doit être signifié à l'association prestataire ou la TISF du Conseil Départemental avec un préavis d'une semaine).

Fait à ....., le .....

Signature du père et/ou de la mère de famille

Signature du Directeur de l'Association ou de son représentant (indiquer sa qualité)

Pour le Président du Conseil Départemental  
Par délégation

## **ANNEXE 2 AU CAHIER DES CHARGES**

### **ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION AU DOMICILE**

# EVALUATION D'UNE INTERVENTION A DOMICILE

Nom de l'intervenante : .....  TISF  AVS

## PRISE EN CHARGE

Nom du bénéficiaire : ..... Prénom du bénéficiaire : .....  
 Ville de domiciliation : .....  
 Motif d'intervention : ..... Décideur : .....  
 Dates d'intervention : du .... / .... / ... au .... / .... / ...  
 Rythme de l'intervention : ..... x ..... heures par semaine Participation Familiale Horaire : ..... €  
 Objectif global : .....

## EVALUATION INTERMEDIAIRE DE L'INTERVENTION

| Date |  |
|------|--|
|      | Objectif(s) opérationnel(s) :  |
|      | Moyens mis en œuvre :  |
|      | Objectif(s) : <input type="checkbox"/> Atteint (s) <input type="checkbox"/> Partiellement atteint(s) <input type="checkbox"/> Non atteint(s) |
|      | Objectif(s) opérationnel(s) :  |
|      | Moyens mis en œuvre :  |
|      | Objectif(s) : <input type="checkbox"/> Atteint (s) <input type="checkbox"/> Partiellement atteint(s) <input type="checkbox"/> Non atteint(s) |

|       |  |
|-------|--|
| Dates |  |
|       | Objectif(s) opérationnel(s) :  |
|       | Moyens mis en œuvre :  |
|       | Objectif(s) : <input type="checkbox"/> Atteint (s) <input type="checkbox"/> Partiellement atteint(s) <input type="checkbox"/> Non atteint(s) |
|       | Objectif(s) opérationnel(s) :  |
|       | Moyens mis en œuvre :  |
|       | Objectif(s) : <input type="checkbox"/> Atteint (s) <input type="checkbox"/> Partiellement atteint(s) <input type="checkbox"/> Non atteint(s) |
|       | Objectif(s) opérationnel(s) :  |
|       | Moyens mis en œuvre :  |
|       | Objectif(s) : <input type="checkbox"/> Atteint (s) <input type="checkbox"/> Partiellement atteint(s) <input type="checkbox"/> Non atteint(s) |

Nom du bénéficiaire : .....

Ville de domiciliation : .....

Prénom du bénéficiaire : .....

## **ANNEXE 3 AU CAHIER DES CHARGES**

### **BILAN DE L INTERVENTION**



## BILAN DE L'INTERVENTION

### Dans le cadre d'une évaluation définitive

➤ Quelle est la situation de la famille à l'issue de l'intervention par rapport à (aux) objectif(s) fixé(s) ?

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

### Proposition de suite à donner

- Poursuite de l'intervention (pour les évaluations intermédiaires)
- Renouvellement de l'intervention
- Arrêt de l'intervention (absence de besoin, difficulté résolue) (à préciser) :  
.....  
.....
- Prise en compte d'un autre évènement modifiant l'équilibre de la famille (à préciser) :  
.....  
.....
- Orientation vers une autre institution ou service (à préciser) :  
.....  
.....  
.....
- Autres (à préciser) :  
.....  
.....  
.....

### Avis de la famille

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

Date : .... / .... / .....

| Signature de l'intervenant | Signature du bénéficiaire | Signature de l'association prestataire |
|----------------------------|---------------------------|--|
|                            |                           |  |