

Ce feuillet est facultatif. Il s'adresse à l'aidant familial de la personne en situation de handicap. L'aidant familial, c'est une personne de l'entourage qui aide la personne en situation de handicap au quotidien. Si plusieurs aidants familiaux souhaitent exprimer leurs besoins, remplissez une feuille pour chacun. Vous pouvez expliquer à la MDPH l'aide que vous apportez actuellement à la personne en situation de handicap et vous pouvez exprimer vos attentes et vos besoins.

**F1** Situation et besoins de l'aidant familial

Nom de l'aidant : .....  
 Prénom de l'aidant : .....  
 Adresse de l'aidant : .....

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

Nom de la personne aidée : .....

Votre lien avec la personne en situation de handicap : .....

Vivez-vous avec la personne en situation de handicap : Non Oui, depuis le ..... / ..... / .....

Êtes-vous actuellement en emploi : Oui Non Réduction d'activité liée à la prise en charge de la personne aidée

**Nature de l'aide apportée :**

- |   |  |
|---|--|
| Surveillance / présence responsable             | Coordination des intervenants professionnels           |
| Aide aux déplacements à l'intérieur du logement | Gestion administrative et juridique                    |
| Aide aux déplacements à l'extérieur             | Gestion financière                                     |
| Aide pour entretenir le logement et le linge    | Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.) |
| Aide à l'hygiène corporelle                     | Aide à la communication et aux relations sociales      |
| Aide à la préparation des repas                 | Aide au suivi médical                                  |
| Aide à la prise de repas                        |  |

Autre, préciser : .....

**Qui participe avec vous à l'accompagnement de la personne aidée ?**

Un (des) professionnel(s)      Un (ou plusieurs) autre(s) proche(s)      Je suis le seul aidant du demandeur

**Êtes-vous soutenu dans votre fonction d'aidant ?**

Non      Oui, préciser : .....

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer ?      Oui, laquelle : .....  
 Non

Vous êtes ou serez prochainement dans l'une des situations suivantes :

Éloignement géographique (déménagement...)

Problème de santé

Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...)

Changement majeur dans la situation professionnelle

Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...)

Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge...)

Autre, préciser :

.....

F2 Vos attentes en tant qu'aidant familial

Pouvoir vous reposer au quotidien

Obtenir une contrepartie financière

Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin

Échanger avec d'autres aidants

Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu

Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche

Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances

Avoir un soutien psychologique

Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle

Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche

Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux

Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse

Autre, préciser :

.....

Avez-vous éventuellement déjà identifié un service ou une structure qui pourrait répondre à vos attentes? Si oui, lequel / laquelle :

.....  
.....

Vous souhaitez mieux connaître les dispositifs et aides existants :

Pour vous

Pour la personne aidée

Autres renseignements que vous souhaiteriez nous communiquer concernant votre vie d'aidant :

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

Signature de l'aidant :

.....