

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN RESIDENCE AUTONOMIE

(à remplir par la personne elle-même ou sa famille)

Résidence Ambroise Croizat

28 rue des Rossignols – 95190 Goussainville

Tél : 01 39 88 83 43



CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

Photocopies :

- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Les justificatifs des trois dernières quittances de loyer le cas échéant
- Copie de la carte d'identité
- Copie complète du livret de famille (le cas échéant)
- Copie de la carte de sécurité sociale

Autres information et documents à joindre :

- Le nom et les coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence
- Les coordonnées du notaire (le cas échéant)
- Une grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources) complétée par le médecin traitant.

Pour une demande en couple, remplir 1 dossier pour chaque membre du couple.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(Suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom (s)

Date de naissance

Lieu de naissance

pays ou département

Nationalité

N° d'immatriculation sécurité sociale.....

ADRESSE

N° voie, rue, boulevard

.....

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email.....

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Vie maritale Pacsé(e)

Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfants

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL (le cas échéant)

Nom & prénom : _ _ _ _ _

Adresse : _ _ _ _ _

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email.....

**COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE
DEMANDE (REFERENT DU DOSSIER)**

La personne concernée elle-même

OUI

NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter

Nom de famille (de naissance)

(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

.....

Code postal Commune/Ville

.....

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ -

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ORIGINE ET CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION

ORIGINE DE LA DEMANDE :

- La personne elle-même
- Un établissement hospitalier (à préciser : - - - - -)
- Sa famille
- Le médecin traitant
- Service social
- Une tutelle
- Autre (à préciser : - - - - -)

Coordonnées du demandeur si différent de la personne concernée :

SITUATION A LA DATE DE LA DEMANDE :

A domicile Chez un enfant Chez un proche

Hôpital Préciser l'établissement et le service : - - - - -

RAISON DE LA DEMANDE D'ADMISSION :

(Évènement familial récent, décès du conjoint, rupture de l'isolement...)

ELEMENTS FINANCIERS

Comment la personne pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation Adulte Handicapé (AAH) OUI NON

Prestation de compensation du handicap (PCH) /Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)

OUI NON

AIDES A DOMICILE ACTUELLES

Auxiliaire de vie Portage de repas Téléalarme

Soins infirmiers Autres (à préciser : -----)

Aucune aide

MEDECIN TRAITANT

Nom : -----

Adresse : -----

Téléphone : -----

DATE D'ENTREE SOUHAITEE

IMMEDIATEMENT DANS LES 6 MOIS ECHEANCE PLUS LOINTAINE

Date de la demande : ____/____/____

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal
