	Demandeur	Conjoint

Nom des caisses de retraite
Versant les pensions .....

ETAT DE SANTE	Demandeur		Conjoint	

Nom du médecin traitant .....

Pouvez-vous	oui	non	oui	non
-Vous déplacer seul (e) :				
dans votre logement	☐	☐	☐	☐
à l'extérieur de votre logement	☐	☐	☐	☐
-Faire les courses				
seul (e)	☐	☐	☐	☐
accompagné (e)	☐	☐	☐	☐
-Préparer vos repas	☐	☐	☐	☐

Utilisez-vous

-Les services de :

Aide à domicile ☐ famille ☐

autre ☐ précisez : .....

combien d'heures par semaine : ……

-L'aide de :				
1 ou des cannes	☐	☐	☐	☐
Un déambulateur	☐	☐	☐	☐
Un fauteuil roulant	☐	☐	☐	☐

Expliquez les raisons qui motivent votre demande :

……

……

……

A : ……Le : ……..Signature

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

485, rue François Arago
76580 LE TRAIT

Tél. 02.35.37.49.53

Fax 02.35.05.14.46

Adresse E-Mail : gerontologie@letrait.fr

DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION

EN RÉSIDENCES POUR PERSONNES AGÉES

A remplir par le C.C.A.S.

Date de l'entretien ou de la visite : .....

Avis de la commission :.....

Courrier de réponse du CCAS en date du .....

Le Trait

Conditions d'admission

Les résidences pour Personnes Agées du Trait sont destinées à accueillir des personnes de plus de 60 ans (dérogations possibles étudiées au cas par cas), vivant seules ou en couple.

Les logements sont attribués par ordre de priorité aux personnes résidant :

1 – Le TRAIT

2 – Le SITY

3 – A l'extérieur de ces zones géographiques.

La demande d'entrée en résidence doit être le résultat de la décision réfléchie et choisie de l'intéressé (e).

Seule peut être admise en résidence une personne autonome, c'est-à-dire :

- pouvant se déplacer seule dans le logement
- se lever et se coucher seule
- utilisant éventuellement les services d'une aide à domicile ou familiale au maximum 30 heures par mois.

Les résidences ne sont pas destinées aux personnes

- confinées au lit ou au fauteuil
- dont les fonctions mentales sont altérées
- nécessitant une présence et/ou une surveillance continue

Procédure d'admission

Une fois l'imprimé rempli et déposé au C.C.A.S., et en fonction du degré d'attente, une visite sera effectuée à votre domicile pour compléter cette pré inscription. Le C.C.A.S. vous informera de la date du rendez-vous. Une évaluation gériatrique pourra être demandée.

Pièce à joindre : Certificat Médical attestant de l'autonomie.

Le dépôt de cette demande n'engage donc en rien le C.C.A.S. sur une future admission qui sera soumise à l'avis d'une commission d'attribution.

☐ **1ère demande** ☐ **renouvellement**

Résidence demandée et type d'appartement **:**

René BIVILLE ☐ Pierre BROSSOLETTE ☐

F1 bis ☐ F2 ☐

Délai souhaité pour entrer en résidence :
Dans les 3 mois ☐ Dans les 6 mois ☐ Ultérieurement ☐

Votre demande est-elle formulée sur les conseils de votre….. ?

Famille ☐ médecin ☐ infirmière ☐
Autres ☐ précisez ……..

Nom et prénom du demandeur : ……..

Date et lieu de naissance :……..……...

Situation de famille :
Célibataire ☐ Marié (e) ☐ Veuf (ve) ☐
Divorcé (e) ☐ Séparé (e) ☐ Vie maritale ☐

Nom et prénom du conjoint : ……..…….
Date et lieu de naissance : ...……

ADRESSE ACTUELLE ……..……...
……

Numéro de téléphone :
I____I____I____I____I____I

Coordonnées téléphoniques
de la famille ou d'un proche : M …….. : I____I____I____I____I____I

Conditions de logement :
Etes-vous : - propriétaire ☐
- locataire ☐ du parc privé ☐
du parc public ☐ (Semvit, Logéal Immobilière, OPAC)

Bénéficiez-vous de l'aide au logement : APL Oui ☐ Non ☐
Autres ☐ ……..