

**DOSSIER ADMINISTRATIF DE DEMANDE DE LOGEMENT POUR UN COUPLE  
EN RESIDENCES AUTONOMIE POUR PERSONNES ÂGÉES**

**Conditions d'admission**

Les « Résidences Autonomie » du TRAIT sont destinées à accueillir des personnes de plus de 60 ans, sauf dérogation, vivant seules ou en couple.

Les logements sont attribués par ordre de priorité aux personnes résidant au TRAIT.

Les conditions d'attribution d'un logement supposent, de la part de l'intéressé(e) que :

- la demande d'entrée en résidence soit le résultat d'une décision réfléchie et choisie
- il soit en capacité de se déplacer seul dans le logement, de se lever et de se coucher seul
- il ne soit pas confiné au lit ou au fauteuil
- ses fonctions intellectuelles ne soient pas altérées
- il ne nécessite pas de présence et/ou de surveillance continue

**Procédure d'admission**

Nous vous invitons à nous retourner l'imprimé rempli au C.C.A.S sous enveloppe fermée à l'adresse indiquée ci-dessus. En fonction des disponibilités, vous rencontrerez le Responsable du Service Accompagnement des Personnes Âgées pour un entretien préalable.

-----

**Le dépôt du présent dossier ne constitue pas un engagement du C.C.A.S sur une future admission, qui sera soumise à l'avis de la commission d'attribution.**

Réservé au service :

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

Avis de la commission : .....

Courrier réponse du C.C.A.S en date du : .....

## DOSSIER ADMINISTRATIF DE DEMANDE DE LOGEMENT POUR UN COUPLE

### A) ETAT CIVIL DES PERSONNES CONCERNEES

Civilité : Monsieur  Madame  Melle

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

N° d'immatriculation Sécurité Sociale

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Vit maritalement  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf (ve)  Séparé(e)  Divorcé (e)

Nombre d'enfant(s)

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

OUI  NON  En cours  Compléter le cadre B

Si oui, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Mandat de protection future

Désignation d'un référent : oui  non

Si oui, veuillez compléter le formulaire de « désignation de la personne référent » ci-joint.

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint...) :

\*\*\*\*\*

Civilité : Monsieur  Madame  Melle

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

N° d'immatriculation

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email \_\_\_\_\_

**SITUATION FAMILIALE**

Célibataire  Vit maritalement  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf (ve)  Séparé(e)  Divorcé (e)

Nombre d'enfant(s)

**MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE** OUI  NON  En cours  **Compléter le cadre B**

Si oui, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Mandat de protection future

Désignation d'un référent : oui  non

Si oui, veuillez compléter le formulaire de « désignation de la personne référent » ci-joint.

**CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION** (évènement familial récent, décès du conjoint...) :

**B) COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

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)*  
ou Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs

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

\*\*\*\*\*

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

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)*  
ou Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs

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

**C) PERSONNE DE CONFIANCE** (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R40462>)

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI  NON

**SI OUI :**

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

Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, nous tenons à votre disposition le formulaire approprié.

\*\*\*\*\*

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI  NON

**SI OUI :**

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

Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, nous tenons à votre disposition le formulaire approprié.

---

**D) DEMANDE**

Type de logement : F1 Bis  F2  Résidence René Biville  Résidence Pierre Brossolette

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile  Chez enfant/Proche  Autre résidence autonomie  EHPAD  Hôpital

Intervention des services : HAD  SSIAD\*  SAD \* Accueil de jour

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI  NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI  NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pas pu être recueilli

\* SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile/ SAD : Service d'Aide à Domicile

**E) ASPECTS FINANCIERS**

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Ressources : Nature : ..... Montant ..... Organisme .....

Aide sociale à l'hébergement OUI  NON  Demande en cours

Allocation Logement (APL/ALS) OUI  NON  Demande en cours

Allocation Personnalisée à l'Autonomie OUI  NON  Demande en cours

Prestation de compensation du handicap/Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) OUI  NON

Allocation Solidarité aux Personnes Agées  AAH

**COMMENTAIRES**

\*\*\*\*\*

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Ressources : Nature : ..... Montant ..... Organisme .....

Aide sociale à l'hébergement OUI  NON  Demande en cours

Allocation Logement (APL/ALS) OUI  NON  Demande en cours

Allocation Personnalisée à l'Autonomie OUI  NON  Demande en cours

Prestation de compensation du handicap/Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) OUI  NON

Allocation Solidarité aux Personnes Agées  AAH

**COMMENTAIRES**

**F) VOS GOÛTS**

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Régime  Type : ..... Intolérance  Nature : ..... Allergie au gluten

	J'aime	Je n'aime pas	Sauf
Crudités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Charcuteries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Poisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Abats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Fromage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Compotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Yaourts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Gâteaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**VOS ACTIVITES**

Sorties  Villégiature  Courses  Visites

J'aime faire : .....

Je n'aime pas faire : .....

\*\*\*\*\*

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Régime  Type : ..... Intolérance  Nature : ..... Allergie au gluten

	J'aime	Je n'aime pas	Sauf
Crudités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Charcuteries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Poisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Abats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Fromage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Compotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Yaourts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Gâteaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**VOS ACTIVITES**

Sorties  Absence vacances  Courses  Visites

J'aime faire : .....

Je n'aime pas faire : .....

**G) DATE D'ENTREE SOUHAITEE : DES QUE POSSIBLE  LE .....**

**ENTRE LE ..... ET .....**

Date de la demande : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature de la personne concernée  
ou de son représentant légal

**Pièces à fournir pour chaque personne :**

- Document à remplir par le médecin traitant à l'intention du CCAS
- Dernier avis d'imposition sur les revenus
- Derniers justificatifs des revenus
- Copie de la Carte Nationale d'Identité
- Engagement sur l'honneur dûment complété
- Formulaire de désignation de la personne référent, si concerné
- N° allocataire CAF
- Mutuelle

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

## A L'INTENTION DU MEDECIN OU CORPS MEDICAL

### DOCUMENT A REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'INTENTION DU RESPONSABLE DU SERVICE ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES C.C.A.S – LE TRAIT

#### 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement

Fin/retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :**

Les informations recueillies ont pour but de renseigner le projet personnalisé du demandeur de logement en Résidence Autonomie, et de permettre son accueil dans les meilleures conditions.

**ANTECEDENTS** Médicaux, chirurgicaux

**PATHOLOGIES ACTUELLES**

**POINTS DE VIGILANCE :**

**ALLERGIES**

OUI NON

Si oui, préciser

**CONDUITES A RISQUE**

OUI NON

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille

 m

Poids

 kg

Score MNA : .....

Indice IMC : .....

**REEDUCATION**

Kinésithérapie

Orthophonie

OUI	NON

**FONCTIONS SENSORIELLES**

OUI NON

Cécité

Surdité


Autre (préciser)

**DONNEES SUR L'AUTONOMIE**

A	B	C
---	---	---

Transfert Déplacements				
	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

**SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX**

OUI	NON
-----	-----

Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité ( <i>cris</i> )		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs <i>Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, Risque de sorties non accompagnées...)</i>		
Troubles du sommeil		

**APPAREILLAGES**

	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Lunettes		
Dentier		
Autres ( <i>préciser</i> )		

**INTERVENANTS**

SAD  SSIAD  HAD

INFIRMIERE  KINESITHERAPEUTE

AUTRES .....

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)**

**MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)**

Nom  Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code Postal  Commune/Ville

Date  Signature et cachet du médecin