

**DOSSIER ADMINISTRATIF DE DEMANDE DE LOGEMENT INDIVIDUEL
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 INDIVIDUEL

A) ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

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...) :

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

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>)

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

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

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 :

.....

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

ENTRE LE ET

Date de la demande : ___/___/___

Signature de la personne concernée

ou de son représentant légal

Pièces à fournir :

- 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.

Version 2	Date : 6 novembre 2017	- S/Pôle Citoyenneté/Département Politiques Sociales/Résidences Autonomie/Administratif/dossier de préinscription en résidence individuel
-----------	------------------------	---

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

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

OUI	NON
Kinésithérapie	
Orthophonie	

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			
	Haut			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

INTERVENANTS

SAD SSIAD HAD

INFIRMIERE KINESITHERAPEUTE

AUTRES

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

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

Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (<i>cris</i>)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs Aberrants (<i>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>)		

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