

DOSSIER DEMANDE D'INSCRIPTION

RESIDENCE AUTONOMIE DE LA SALLE



Date de la demande :

CIVILITÉ

LE DEMANDEUR

Monsieur Madame

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

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

Nationalité :

française Union-Européenne Hors Union-Européenne

SITUATION FAMILIALE

célibataire

marié(e)

divorcé(e)

séparé(e)

pacsé(e)

concubin(e)

veuf(ve)

Nombre d'enfant(s) :

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

oui non

Si oui, veuillez renseigner les informations suivantes:

Monsieur Madame

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Code postal : Commune/ville :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

oui non en cours

Si oui, laquelle:

Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

AIDE TECHNIQUE :

oui non

Précisez quel type d'équipement (fauteuil, canne(s), déambulateur, appareils auditifs...)

LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE

N° : Voie : Lieu-dit :

Complément d'adresse :

Ville :

Téléphone fixe: / / / / Téléphone portable: / / / /

Adresse mail :

Le cas échéant N° CAF :

ÉTAT CIVIL DU REPRÉSENTANT LEGAL / RÉFÉRENT DU DOSSIER

Monsieur Madame

Nom :

Prénom :

Organisme :

Adresse :

Code postal : Commune/ville :

Téléphone fixe: / / / / Téléphone portable: / / / /

Adresse mail :

SITUATION PROFESSIONNELLE DU DEMANDEUR

Retraité Jeune travailleur Étudiant

Autre :

ORIGINE DE LA DEMANDE

vous-même votre référent le médecin le Tutelle

COUVERTURE SOCIALE

Sécurité Sociale oui non Régime :

Mutuelle oui non

Caisse de retraite oui non

Si oui, numéro de dossier :

Allocation personnalisée d'autonomie à domicile: oui non

Si oui, numéro de dossier :

Autre allocation : oui non

Si oui, lesquelles :

MÉDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? oui non

Si oui :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune/ville :

Téléphone fixe: / / / /

Adresse mail :

CONTEXTE DE LA DEMANDE

(toute information utile à préciser)

TYPE DE LOGEMENT SOUHAITÉ

- studio T2 T3

AVEZ-VOUS DES AIDES ACTUELLES ?

- oui non

Si oui, lesquelles :

- auxiliaires de vie portage de repas
 soins infirmiers téléalarme
 ménage autres

Nom de l'association ou entreprise intervenante :

N° de téléphone fixe:/...../...../...../.....

AVEZ-VOUS DES ANIMAUX DE COMPAGNIE ?

- oui non

CE DOSSIER DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉ DE LA PHOTOCOPIE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- Copie de la carte nationale d'identité
- Copie du livret de famille pour les couples mariés
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Justificatifs des ressources mensuelles
- RIB
- Justificatif du statut pour les étudiants et jeunes travailleurs
- Photo d'identité
- Attestation de sécurité sociale et mutuelle
- Contrat obsèque le cas échéant
- Prescription du médecin en cas de régime alimentaire
- Certificat de non contagion
- Grille AGIRR signée par le médecin traitant
- Copie du carnet de santé et vaccination à jour en cas d'animal de compagnie
- Engagement écrit d'une personne pour s'occuper de l'animal en cas d'hospitalisation ou décès

AU MOMENT DE L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT, DES PIÈCES COMPLÉMENTAIRES PEUVENT VOUS ÊTRE DEMANDÉES.

RÉSERVÉ AU GESTIONNAIRE

Toutes les pièces demandées seront photocopiées et conservées par l'établissement

A la demande du candidat ces pièces seront restituées ou détruites

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès aux informations contenues dans ce questionnaire dont vous pouvez rectifier les erreurs éventuelles.