

CADRE RESERVE A L'ETABLISSEMENT :

## INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

CE DOSSIER COMPREND :

- ⇒ UN VOLET ADMINISTRATIF (3 pages) RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC .)
- ⇒ UN VOLET DE SANTE (3 pages) : un certificat médical de votre médecin traitant et un document de renseignements de deux pages ou vous pouvez communiquer les informations qui vous paraissent importantes.

**CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE  
ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION**

**CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :**

- LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON - IMPOSITION
- LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS

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

- ATTESTATION VITALE
- CARTE DE MUTUELLE
- ACTE DE CAUTION SOLIDAIRE  
*si les revenus du(des) resident(e)(s) sont insuffisants pour couvrir les frais de séjour*
- CHEQUE DE CAUTION POUR LA LOCATION DU LOGEMENT
- SI PAIEMENT PAR PRELEVEMENT : RIB ET MANDAT DE PRELEVEMENT
- CARTE D'IDENTITE
- COPIE DE DU JUGEMENT QUAND MESURE DE PROTECTION

# DOSSIER D'ADMISSION

## Résident(e)

Nom et Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Situation familiale :  Marié(e)     Veuf(ve)     Célibataire     Pacsé(e)/concubin(e)

Adresse actuelle :  
.....  
.....

N° téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      N° de portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mail : .....@.....

## You êtes originaire ou vous avez de la famille proche sur :

- Saint Marcellin-en-Forez
- Autre ville à proximité de St Marcellin-en-Forez
- ➔ S'il s'agit de votre famille proche, merci de préciser :

Nom(s) et Prénom(s) : .....

Lien familial : .....

## La personne qui s'occupe des démarches (si ce n'est pas le résident) :

Nom et Prénom : .....

Adresse actuelle :  
.....  
.....

Lien familial : .....

N° téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      N° de portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mail : .....@.....

## Mesure de protection juridique :

OUI     NON     En cours

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

Nom et Prénom : .....

Adresse actuelle : .....

N° téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      N° de portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mail : .....@.....

# Informations sur la demande

Situation de la personne concernée à la date de la demande (plusieurs cases possibles) :

- Domicile       Chez enfant/Proche       Résidence Autonomie (ex-Logement foyer)  
 EHPAD       Hôpital       Infirmière à domicile       Service d'aide à domicile  
 Accueil de jour       Portage de repas       Téléalarme       Autre (*préciser*) :

Motif de la demande :

- Isolement     Anticipation de la perte d'autonomie     Maintien à domicile difficile  
 Changement d'établissement     Fin/Retour d'hospitalisation     Rapprochement familial

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

Accueil couple souhaité :  OUI     NON

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

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

Autres contacts :

Nom et Prénom	Numéro de téléphone	Lien familial

DATE D'ENTREE SOUHAITEE :

IMMEDIAT     DANS LES 6 MOIS : DATE D'ENTREE SOUHAITEE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ECHEANCE PLUS LOINTAINE : .....

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

Signature de la personne concernée  
ou de la personne s'occupant des démarches :

# ASPECTS FINANCIERS

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

Seule  Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

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

Allocation personnalisée d'autonomie :  OUI  NON  Demande en cours  envisagée

Autre : .....

Commentaires :

Régime de Sécurité Sociale :  Général  Local  MSA  Autre :

Caisse de Sécurité Sociale du demandeur ?

Mutuelle Soin Complémentaire :

Caisse de retraite principale :

Caisse de retraite complémentaire :

## →Aides financières disponibles

Les résidents des résidences autonomie (ex-logements-foyers) peuvent bénéficier de :

- l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile
- la SM-PA/PH (financement de service ménager)
- les aides au logement
- les aides disponibles auprès de leur caisse de retraite

L'attribution de ces aides dépend de deux critères : des ressources et du niveau de perte d'autonomie. Certaines aides peuvent se cumuler, ci-dessous quelques contacts utiles :



**Maison Loire Autonomie :**  
Service du Département de la Loire

23 Rue d'Arcole,  
42016 Saint-Étienne  
**04 77 49 91 91**



**CAF de la Loire**  
CS 12722  
42027 St Etienne cedex  
**0 810 25 42 80**



**CARSAT - <http://www.carsat-ra.fr/>**

Immeuble de la Sécurité Sociale Minière  
37, boulevard Daguerre - BP 169  
42012 SAINT-ETIENNE CEDEX 2

**3960**

# CERTIFICAT MEDICAL

Le Clos Pommier – Résidence Autonomie (ex-foyer logement)

Date :

J'atteste, DR..... que Mr/Mme.....

- Est dans un état de santé rendant possible son admission en Résidence autonomie  
 Présente un état de santé incompatible avec une admission en Résidence autonomie

A ce compte, j'évalue sur la grille AGGIR mon/ma patient(e) comme suit :

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

A : fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement  
B : fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement  
C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

De ce fait :

GIR 1 GIR 2 GIR 3 GIR 4 GIR 5 GIR 6

**Cachet et signature du médecin traitant :**

## Informations de santé

Merci d'inscrire les éléments que vous souhaitez porter à notre connaissance. Ces informations sont utilisées pour informer les secours en cas de nécessité et pour améliorer l'accompagnement du résident au quotidien par l'équipe (restauration, activité sportive adaptée, animation, veille sur la vie quotidienne). Nous vous recommandons de le remplir avec votre médecin.

PATHOLOGIES ACTUELLES

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

Traitements :

RISQUE DE FAUSSE ROUTE :  OUI  NON

FONCTIONS SENSORIELLES :  Cécité  Surdité

REEDUCATION  OUI  NON

Kinésithérapie  Orthophonie  Autre (préciser)

SYMPTOMES PSYCHO - COMPORTEMENTAUX  OUI  NON

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

Appareillage	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti - escarres		
Déambulateur		
Canne		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

**CONDUITES A RISQUE :**  OUI  NON

Alcool  Tabac  Sevrage

**ALLERGIES ou intolérances :**  OUI  NON

Si oui, préciser :

Informations complémentaires :