

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 où 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) résident(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 : .....@.....

## Vous 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 Soins 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				
Habillage	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 :