



DEMANDE D'ACCUEIL A LA RÉSIDENCE AUTONOMIE ELSA TRIOLET DE NAINTRÉ

NOM : Nom de jeune fille :

Prénoms :

Né(e) le : À :

Nationalité :

Adresse actuelle :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe: Téléphone portable :

Êtes-vous : locataire propriétaire

Vous vivez :

Seul(e) à votre domicile chez un enfant autre :

Situation de famille :

Célibataire marié(e) veuf (ve) divorcé(e)

Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?.....

Profession exercée :

Motivations de votre demande d'inscription (démarche personnelle ou de la famille, isolement, problème de santé,...)

.....
.....
.....
.....

Coordonnées de vos proches :

1. **NOM** : **Prénoms** :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail :

Préciser le lien (enfant, frère, sœur, nièce, ami...) :

2. **NOM** : **Prénoms** :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail :

Préciser le lien (enfant, frère, sœur, nièce, ami...) :

3. **NOM** : **Prénoms** :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail :

Préciser le lien (enfant, frère, sœur, nièce, ami...) :

4. **NOM** : **Prénoms** :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail :

Préciser le lien (enfant, frère, sœur, nièce, ami...) :

Coordonnées de votre représentant légal (tuteur, curateur...) si tel est le cas :

Organisme :

NOM : Prénoms :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail :

Préciser le lien (enfant, frère, sœur, nièce, ami...) :

Avez-vous déjà vécu en Établissement d'Hébergement ? Si oui, lequel ?

.....

Bénéficiez-vous d'une allocation logement : OUI NON

Si OUI : CAF ou MSA et n° allocataire :

Votre assurance habitation

NOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Mail :

Votre caisse d'assurance maladie (régime obligatoire) N° d'immatriculation :

NOM de la Caisse :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Mail :

Votre mutuelle (régime complémentaire) N° d'adhérent :

Nom de l'organisme :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Mail :

Renseignements concernant votre Régime de retraite : Caisses principales et complémentaires

NOM :

principale complémentaire

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Mail :

NOM :

principale complémentaire

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Mail :

NOM :

principale complémentaire

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Mail :

Bénéficiez-vous de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ? OUI NON

Si OUI, quel est le GIR (Groupe Iso-Ressources) indiqué dans votre « plan d'aide » :

Renseignements concernant les intervenants extérieurs (service d'aide à domicile, infirmiers...):

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Soins infirmiers : OUI NON

NOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail :

Fréquence des soins :

Aide-ménagère : OUI NON

NOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail :

Fréquence des interventions:

.....

Portage de repas à domicile : OUI NON

Si OUI, nom de l'organisme ou du prestataire de service

Fréquence de la prestation :

Autres intervenants : *(kiné, pédicure/podologue...)*

NOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail :

Motif de l'intervention :

Renseignements financiers :

Vos ressources ANNUELLES :

✓ Retraite principale :/an.

✓ Retraites complémentaires (préciser NOM et montant de la pension)

...../an

...../an

...../an

...../an

✓ Autres ressources (préciser: NOM et montant; rentes, loyers, allocations)

...../an

...../an

...../an

...../an

...../an

✓ APL/mois

Montant annuel total des ressources :/an

CONJOINT

...../an

...../an

...../an

...../an

...../an

...../an

...../an

...../an

...../an

...../an

...../an

...../an

Date d'entrée souhaitée (sous réserve d'une place disponible) :

● Dans le cas d'une réorientation vers une structure d'hébergement médicalisée, dans quel établissement souhaiteriez-vous être accueilli(e)?
.....

● Dans le cas d'une hospitalisation, dans quelle structure souhaiteriez-vous être adressé ?
.....

Je soussigné(e), M, m'engage à prévenir la Direction de la Résidence Elsa Triolet du CCAS de Naintré, si je devais annuler ma demande.

Fait à..... Date :..... Signature :

Votre projet de vie en Résidence Autonomie (pour mieux vous connaître) :
(Vos attentes, vos besoins, votre vie au sein de la Résidence ...)

Le lien social :

La sécurité :

Les repas :

Les animations :

Vos passions, vos envies, vos loisirs :

.....

.....

L'accompagnement :

Vos projets et vos envies en rentrant à La Résidence Autonomie Elsa Triolet :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Les coordonnées de votre personne de confiance :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance ». Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté ; elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole¹. Majeure, elle peut être un parent, un proche ou le médecin traitant... Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée (Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer ou révoquer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée). Les références de la personne de confiance que vous aurez choisie seront consignées dans votre dossier et pourront être communiquées selon vos souhaits.

Il vous appartient d'informer la personne que vous aurez désignée afin d'obtenir son accord.

Cette nomination est facultative ; aussi, elle est révocable à tout moment.

NOM : **Prénoms :**

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Mail :

Préciser le lien (enfant, frère, sœur, nièce, ami...) :

Date : Signature :

Pièces à produire en annexe à cette demande d'accueil à la Résidence Autonomie :

* Une photo d'identité

* Copie de l'intégralité du ou des livrets de famille (en cas de remariage) ou photocopie de la pièce d'identité les personnes célibataires

* Photocopie de l'attestation d'Assuré Social (et non de la carte Vitale)

* Photocopie de la carte de mutuelle « complémentaire santé »

* Photocopie, le cas échéant, du jugement de protection juridique (tutelle, curatelle...)

* Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus

* Photocopie des notifications annuelles des caisses de retraite ou titres de pensions.

* Photocopie de la notification d'octroi de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

* Photocopie des notifications de la Caisse d'Allocations Familiales (APL)

* Photocopie de l'attestation d'assurance Responsabilité civile

¹ HAS, La personne de confiance, avril 2016.

DOCUMENT MÉDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

(A REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT)

Personne concernée : Monsieur Madame

NOM de famille - Prénom :

Né(e) :

Date de naissance : |__| |__| |__|

<u>ANTÉCÉDENTS</u> Médicaux, chirurgicaux	<u>PATHOLOGIES ACTUELLES</u>

<u>TRAITEMENTS EN COURS, JOINDRE LES ORDONNANCES</u> (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

ALLERGIES oui non

Si oui, précisé :

CONDUITE A RISQUE	Oui	Non
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTÉRIE MULTIRÉSISTANTE

ne sait pas oui non

Si ou, préciser (localisation etc..)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille :	Poids :
-----------------	----------------

FONCTION SENSORIELLES		
	Oui	Non
Cécité		
Surdité		

RÉÉDUCATION		
	Oui	Non
Kinésithérapie		
Orthophonie		
Autre (préciser)		

RISQUES FAUSSE ROUTE	Oui
	Non

GRILLE D'AUTONOMIE

La personne fait seule :		Oui	Non
TRANSFERT	Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÉPLACEMENT A L'INTÉRIEUR	Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La personne fait seule :	Oui	Non		Oui	Non	
TOILETTE						
<u>HAUT</u>						
Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<u>BAS</u>		

ÉLIMINATION						
<u>URINAIRE</u>						
Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<u>FÉCALE</u>		

HABILLAGE										
<u>HAUT</u>			<u>MOYEN</u>			<u>BAS</u>				
Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		La personne fait seule :		Oui	Non
CUISINE	Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne fait seule :	Oui	Non			
ALIMENTATION					
<u><i>SE SERVIR</i></u>				<u><i>MANGER</i></u>	
Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUIVI DE TRAITEMENT	Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÉNAGE	Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALERTER	Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉPLACEMENT A L'EXTÉRIEUR	Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSPORT	Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVITÉ DE TEMPS LIBRE	Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACHATS	Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	La personne fait seule :		Oui	Non
GESTION		Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La personne fait seule :	Oui	Non		Oui	Non
ORIENTATION					
<u>DANS LE TEMPS</u>				<u>DANS L'ESPACE</u>	
Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COHÉRENCE					
<u>COMMUNICATION</u>				<u>COMPORTEMENT</u>	
Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spontanément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habituellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MÉDECIN QUI A RENSEIGNÉ CE DOSSIER :

NOM, Prénom :

Commune/Ville :

DATE |__| |__| |__|

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN