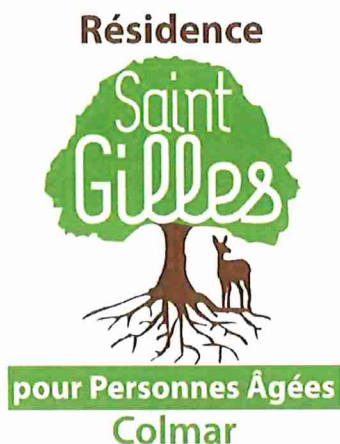




Dossier d'Admission

Données administratives

RESIDENCE SAINT-GILLES

2, rue de Saint Gilles – 68000 – COLMAR Tél.

0389807922 – Fax 0389796029

Site : <http://www.residence-saint-gilles.fr>

Email : accueil.residence@stgilles.org

Pièces à fournir

- **Dossier de renseignements médicaux établi par votre médecin :**

- ☐ Une fiche de renseignements médicaux *
- ☐ Une grille AGGIR *
- ☐ Un certificat médical d'admission *
- ☐ Un certificat de non-contagion *

- **Dossier de renseignements administratifs comprenant, selon votre situation et vos besoins, les documents suivants :**

- ☐ Attestation de Sécurité Sociale et carte VITALE *
- ☐ Attestation d'ouverture des droits C.M.U. *
- ☐ Carte d'assurance complémentaire (mutuelle....) *
- ☐ Copie de la pièce d'identité (CNI ou passeport) *
- ☐ Copie intégrale du ou des livrets de famille
- ☐ Copie de la carte de séjour *
- ☐ Un extrait d'acte de naissance
- ☐ Deux photos d'identité récentes
- ☐ Cautionnement solidaire destiné à payer les frais de séjour et autres prestations signé par les obligés alimentaires du résident ou autres (annexe au Contrat de séjour)
- ☐ Notification de tutelle, le cas échéant *
- ☐ Carte d'invalidité *
- ☐ Notification d'APA en établissement ou domicile avec le plan d'aide
- ☐ R.I.B. ou R.I.P
- ☐ Chèque de caution *

- **Dossier financier, selon votre situation et vos besoins, contenant les documents suivants (si vous souhaitez que l'établissement vous assiste pour la demande d'Aide Personnalisée à l'Autonomie - APA) :**

- ☐ Déclaration d'impôts sur les revenus de l'année en cours
- ☐ Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- ☐ Dernière notification C.A.F, le cas échéant.
- ☐ Copie des justificatifs récents de toutes les ressources

- **Eventuellement, dossier de demande d'aide sociale, si vous souhaitez que l'établissement vous assiste pour la demande d'Aide sociale :**

- ☐ Dossier à retirer au Centre Communal d'Action Sociale de votre commune
- ☐ Acte notarié en cas de donation ou de vente de biens immobiliers intervenue dans les dix dernières années.

- **Questionnaire sur vos habitudes de vie**

* Supports demandés aux temporaires

Renseignements Administratifs

A remplir par le demandeur ou une personne de son choix
A signer par les deux le cas échéant

DEMANDEUR :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Situation de famille :

- ☐ Marié le _____ à _____ ☐ Divorcé(e)
- ☐ Veuf/veuve le _____
- ☐ Célibataire ☐ PACSÉ ☐ Vie maritale

Vos activités professionnelles et années (du demandeur avant la retraite):

Vos activités professionnelles et années (du conjoint):

Avez-vous des enfants ☐ OUI ☐ NON Nombre : _____

Paraphes :

Si OUI :

- Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse actuelle : _____

N° de téléphone fixe : _____ N° téléphone portable : _____

Profession : _____

- Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse actuelle : _____

N° de téléphone fixe : _____ N° téléphone portable : _____

Profession : _____

- Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse actuelle : _____

N° de téléphone fixe : _____ N° téléphone portable : _____

Profession : _____

Adresse personnelle du demandeur

Adresse actuelle du demandeur (si différente de l'adresse personnelle)

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____ Fax : _____

ORIGINE DE LA DEMANDE D'ADMISSION

☐ Le demandeur lui-même

☐ Sa famille

☐ Le médecin traitant

☐ Service social

☐ Tutelle

☐ Etablissement hospitalier

Paraphes :

Coordonnées de la personne faisant la demande si différente du demandeur :

La personne concernée est-elle informée de cette démarche d'entrée à la Résidence ? ☐ Oui ☐ Non

Comment avez-vous connu l'établissement ?

- ☐ Famille ☐ Amis ☐ Médecin traitant
☐ Publicité ☐ Internet ☐ Résidents déjà présents ☐ Autre : _____

Raisons motivant la demande d'admission :

☐ Aggravation de l'état de santé

Maintien à domicile devenu difficile :

☐ Logement inadapté

☐ Isolement

☐ Autres : _____

Type de séjour souhaité :

☐ Séjour à durée indéterminée ☐ Séjour temporaire- période : _____

Date souhaitée d'admission : _____

Un séjour a-t-il déjà eu lieu dans un autre établissement d'accueil ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ? _____

Un service social vous aide-t-il dans vos démarches ? ☐ Oui ☐ Non

Paraphes :

COORDONNEES DE LA PERSONNE REFERENTE, DE LA FAMILLE, DE L'ENTOURAGE

☐ **Personne référente**

☐ **Représentant légal**

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____

N° de téléphone fixe : _____ N° de téléphone portable : _____

Profession : _____

Adresse mail : _____

Autres personnes à prévenir :

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____

Profession : _____

N° de téléphone fixe : _____ N° de téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____

Profession : _____

N° de téléphone fixe : _____ N° de téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Vous pouvez rajouter des noms et coordonnées sur papier libre.

Paraphes :

Etablissement de soin habituel du demandeur :

☐ Hôpital Schweitzer ☐ HCC ☐ autres _____

INTERVENANTS MEDICAUX/PARAMEDICAUX/SOINS

Nom du médecin traitant : _____

Coordonnées : _____

Cabinet Infirmier :

Nom : _____

Coordonnées : _____

Autre :

Nom : _____ **Activité :** _____

Coordonnées : _____

PROTECTION SOCIALE

N° d'immatriculation

Sécurité sociale : -

Régime : ☐ Général ☐ Local ☐ MSA ☐ Régime spécial : _____

☐ RSI ☐ Prise en charge de la retraite par l'Etat (Fonction Publique)

Caisse d'affiliation : _____

N° de la caisse : _____

Centre de gestion de la caisse : _____

Paraphes :

