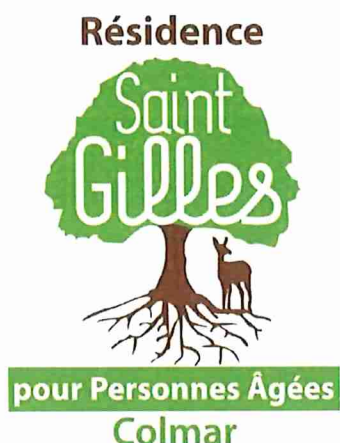




Dossier d'Admission

Données financières

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

Renseignements Financiers

A remplir par le demandeur ou une personne de son choix

DEMANDEUR :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

GESTION DES BIENS PAR :

- ☐ Le demandeur
- ☐ Son représentant (procuration)
- ☐ Son représentant (mesure de protection).

Si un représentant gère les biens, préciser les noms et coordonnées :

Nom : _____

Adresse : _____

APA: ☐ Oui ☐ Non GIR : _____

Demande en cours : ☐ Oui ☐ Non

A qui est-elle versée ? ☐ A l'intéressé(e) ☐ Autre (préciser) : _____

Paraphes :

RESSOURCES

	<u>Montant mensuel</u>	<u>Montant trimestriel</u>
<u>Retraite principale :</u> Nom de la Caisse : Numéro :		
<u>Retraite(s) complémentaire(s) :</u> Nom de la Caisse : Numéro :		
<u>Retraite principale du conjoint :</u> Nom de la Caisse : Numéro :		
<u>Retraite(s) complémentaire(s) du conjoint :</u> Nom de la Caisse : Numéro :		
☐ Pension d'invalidité :		
☐ Pension d'invalidé de guerre :		
☐ Pension de veuve de guerre :		
☐ Allocation compensatrice pour tierce personne :		
☐ Majoration pour tierce personne :		
☐ Allocation adulte handicapé :		
☐ Revenus fonciers :		
☐ Rentes viagères :		
☐ Rente accident du travail :		
☐ Pension alimentaire :		
Total des ressources :		

APL :☐ Oui☐ NonDemande en cours: ☐ Oui☐ NonAPL mensuel €N° Effet du / / au / /

Paraphes :

Total des ressources :	/mois
APL :	/mois
Coût mensuel hébergement (selon grille tarifaire fixée par la CeA en annexe)	
Reste	/mois

Une aide sociale à l'hébergement est-elle accordée ? ☐ Oui ☐ Non

Si le coût mensuel de l'hébergement est supérieur aux ressources du demandeur, préciser ici qui prend en charge la différence en cas de refus de l'aide sociale. Chacune de ces personnes devra signer l'engagement à payer joint.

Nom :
Adresse :
N° de téléphone :
Montant pris en charge :

Nom :
Adresse :
N° de téléphone :
Montant pris en charge :

Nom :
Adresse :
N° de téléphone :
Montant pris en charge :

Paraphes :

**Nom de la personne qui a rempli cette fiche si elle est différente du
demandeur, en capitales :** _____

Date : _____ / _____ / _____

Signature du demandeur :

**Signature de la personne qui a rempli cette
fiche, si ce n'est pas le demandeur**