

DEMANDE DE LOGEMENT

RESIDENCE AUTONOMIE

C.C.A.S. de NOYANT-VILLAGES

Dossier de demande de logement

A retourner à la Résidence « Les Cèdres »

1, rue des Cèdres

Parçay les Pins

49 390 NOYANT-VILLAGES

residence.lescedres49@orange.fr

02 41 82 63 11

Cadre réservé à la Direction

NOM :

Prénom :

Dossier reçu le :

Type d'appartement :

Date d'entrée :

Appartement n° :

RDV d'état des lieux :

Conditions d'admission :

Le futur résident doit être valide, c'est-à-dire en mesure d'accomplir les actes élémentaires de la vie courante.

L'admission est prononcée par la Direction de la résidence, après un entretien préalable avec la personne concernée et sa famille si besoin.

Un médecin référent de la résidence donne également un avis médical.

Au moment de l'entrée

Le résident s'acquittera **d'une caution** égale au montant du loyer. Celle-ci lui sera remboursée à la fin du séjour, soustraite des éventuels travaux à réaliser.

Le résident devra fournir **une attestation d'assurance responsabilité civile** pour l'appartement.

Le résident aura également la possibilité de faire appel à **un service d'aide à domicile** ADMR au 02 41 82 61 55.

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter Mme BENOIST ou Mme REAU au 02 41 82 63 11 ou Mme GEORGET au 02 41 82 62 52 (Mairie).



Questionnaire administratif

Type d'appartement souhaité : F I Bis F II

Cocher la case correspondante ou indiquer votre choix par ordre de priorité

Avez-vous déjà visité la résidence OUI NON

Renseignements concernant votre Etat Civil :

NOM de jeune fille : **Nom marital :**

Prénoms :

Né(e) le :

A :

Nationalité :

Nombre d'enfants :

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Mail :

Dernière profession exercée :

Etes-vous : Locataire (une entrée en Résidence réduit la durée de votre préavis à 1 mois)
Propriétaire

Bénéficiez-vous d'une allocation logement : OUI NON

Si OUI : CAF ou MSA n° allocataire :

Avez-vous déjà vécu en Etablissement : si oui, lequel.....

Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence

NOM : **Prénoms :**

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

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

NOM : **Prénoms :**

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

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

NOM :..... Prénoms :.....
Adresse :.....
Code postal :..... Ville :.....
Téléphone :.....
Préciser le lien (enfant, frère, sœur, nièce, ami...) :.....

NOM :..... Prénoms :.....
Adresse :.....
Code postal :..... Ville :.....
Téléphone :.....
Préciser le lien (enfant, frère, sœur, nièce, ami...) :.....

Coordonnées de votre tuteur ou de votre curateur (le cas échéant) :

NOM :.....
Adresse :..... Code postal :.....
Ville :.....
Téléphone :.....

Coordonnées de votre notaire (le cas échéant) :

NOM :.....
Adresse :.....
Code postal :..... Ville :.....
Téléphone :.....

Numéro de contrat obsèques ou souhaits relatifs (facultatif) :.....
.....
.....

Renseignements concernant votre régime de protection sociale :

Caisse d'assurance maladie (régime obligatoire) :

Nom de la Caisse
Adresse.....
Code postal..... Ville.....
Numéro d'immatriculation :

Mutuelle (régime complémentaire) :

Nom de l'organisme.....
Adresse.....
Code postal..... Ville.....
Numéro d'adhérent.....

Nom du médecin traitant :.....

Adresse.....
Code postal..... Ville.....
Téléphone.....

Renseignements concernant les intervenants extérieurs :

. **Soins infirmiers** : oui non

NOM.....
Adresse.....
Code postal..... Ville.....
Téléphone.....

. **Aide-ménagère** : oui non

NOM.....
Adresse.....
Code postal..... Ville.....
Téléphone.....

. Bénéficiez-vous à ce titre de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie ? OUI NON
Si OUI, quel est le GIR (Groupe Iso Ressources 1 à 4) indiqué dans votre plan d'aide :.....

. **Portage de repas à domicile** : oui non

Si OUI, nom de l'organisme ou du prestataire de Service :.....

. **Autres** :

NOM.....
Adresse.....
Code postal..... Ville.....
Téléphone.....

Renseignements financiers :

Vos ressources (1) :

Montant mensuel

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------|
| . Pension d'invalidité | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| . Pension de guerre | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| . Allocation d'adulte handicapé | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| . Retraite principale | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| . Retraites complémentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| . Rentes (accident de travail ou autre) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| . Loyers | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| . Viager | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| . Pension alimentaire perçue | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| . Autres ressources | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| . ALS ou APL | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| . Allocations de solidarité (A.S.P.A) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Vos charges (1) :

Montant mensuel

. Impôts fonciers (montant annuel)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
. Impôts locaux (montant annuel)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
. Impôts sur le revenu (montant annuel)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
. Loyer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
. Remboursement de prêt	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
. Pension alimentaire versée	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
. Autres charges (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Vos motivations pour entrer en Résidence :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Par quel moyen avez-vous connu la structure (annuaire, brochure, presse, CLIC, autres...) ? :

.....

Date d'entrée souhaitée (sous réserve des places disponibles) :

Dans le cas d'une réorientation, pour raisons médicales ou perte d'autonomie, vers une structure d'hébergement médicalisée, dans quel établissement souhaiteriez-vous être accueilli(e) ?

.....

Je soussigné(e), M , m'engage à prévenir la Résidence « Les Cèdres » si je devais abandonner ma demande.

Fait à.....
Certifié exact
Date :.....
Signature :

Toutes les informations communiquées dans ce dossier sont strictement confidentielles.
Toute saisie informatique a fait l'objet d'une déclaration auprès de la C.N.I.L. (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

Résidence Les Cèdres

1, rue des Cèdres

PARCAY LES PINS

49390 NOYANT-VILLAGES

☎ 02.41 82 63 11

Mail : residence.lescedres49@orange.fr

Pièces à produire en annexe à la demande de logement en Résidence :

- Une photo d'identité
- Copie de l'intégralité du ou des livrets de familles avec les enfants* ou photocopie de la pièce d'identité pour les célibataires
*(en cas de remariage)
- Photocopie de l'attestation d'Assuré Social (et non de la carte Vitale)
- Photocopie de la carte mutuelle
- Photocopie des notifications annuelles des caisses de retraite
- Photocopie du dernier avis d'imposition
- Photocopie s'il y a lieu du jugement de protection juridique (tutelle ou curatelle)
- Photocopie des notifications Allocation Personnalisée d'Autonomie du Conseil Général, Caisse d'Allocations Familiales (pour numéro d'allocataire) ou CRAM pour les heures d'aide à domicile
- un relevé d'identité bancaire
- Photocopie de l'attestation d'assurance **du nouvel appartement** à l'entrée (justificatif à fournir à chaque date anniversaire du contrat souscrit)
- LE DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION COMPLETE DE LA GRILLE D'EVALUATION DE L'AUTONOMIE (GIR) RENSEIGNES ET SIGNES PAR UN MEDECIN
- Photocopie, si vous le souhaitez, de votre contrat prévoyance obsèques ou de votre carte de don du corps.

DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

MOTIF DE LA DEMANDE

--

ALD si oui, affection exonérante

--

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents transfusions :

Allergies :

Vaccinations :

Tétanos	
grippe	

Coordonnées du médecin traitant :

Coordonnées du médecin demandeur si différent :

Date :

Cachet et signature

--

PATHOLOGIES EN COURS

Appareil cardio-vasculaire :

Stimulateur ?

Appareil respiratoire-ORL :

Appareil auditif ?

Appareil locomoteur :

Appareil digestif :

Endocrino :

Appareil urinaire :

Gynéco :

Dermatologie :

Ophtalmologies :

Lunettes ?

Stomato :

Appareil haut
Bas

Maladie hématologique :

Système nerveux :

ETAT PSYCHIQUE :

	Aucun	Léger	Important	Majeur
Désorientation TS				
Troubles de la mémoire				
Agressivité				
Etat dépressif				
Troubles du sommeil				

	Oui	Non
Déambulation errance		
Fugues		
Alcoolisme		
Tabac		

AUTRES :

	Oui	Non
Oxygène		
Trachéotomie		
Assistance respiratoire		
Sonde urinaire		
Sonde gastrique		
Stomie		
Dialyse		

	Oui	Non	Lequel
Régime alimentaire			

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :

- Traitement en cours (dernière ordonnance)
- Résultat de bilan biologique datant de moins de 3 mois (joindre une copie des résultats)
- Copie de compte rendu de consultations spécialisées
- Copie de CRH

GRILLE AGGIR (AUTONOMIE, GERONTOLOGIE, GROUPES ISO-RESSOURCES)

RESIDENCE LES CEDRES

Service CCAS - FOYER LOGEMENT

N° Siret : 20007008400021 - N° Finess : 490003944

RESIDENCE LES CEDRES 1 RUE DES CEDRES PARCAY LES PINS - 49390 NOYANT-VILLAGES

Téléphone : 02 41 82 63 11 - Fax : - Email : residence.lescedres49@orange.fr

Groupe ISO-RESSOURCE

Date de l'évaluation :

()

Né(e) le :

N° Matricule:

	A	B	C		A	B	C	N	S	T	C	H	
Transfert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					<input type="checkbox"/>					
Déplacement Intérieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					<input type="checkbox"/>					
Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	}	Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				
					Bas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				
Elimination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	}	Urinaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				
					Anale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				
Habillage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	}	Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				
					Moyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				
					Bas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				
Alimentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	}	Se servir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				
					Manger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				
Alerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					<input type="checkbox"/>					
Déplacement Extérieur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					<input type="checkbox"/>					
Orientation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	}	Espace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				
					Temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				
Cohérence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	}	Communic.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				
					Comport.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>				

- A : fait seul, totalement, habituellement et correctement
 - B : fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement
 - C : ne fait pas

N - Ne fait pas
 S - Spontanément
 T - Totalemment
 C - Correctement
 H - Habituellement

C.C.A.S de Noyant-Villages

Résidence Les Cèdres

1, rue des Cèdres

Parçay les Pins

49390 NOYANT-VILLAGES

☎ 02.41 82 63 11

Mail : residence.lescedres49@orange.fr

DELIVRANCE DES MEDICAMENTS*

Afin de respecter les règles de sécurité quant à la délivrance des médicaments au sein de la résidence « Les Cèdres », un protocole est mis en place

1. La préparation des médicaments est effectuée par une infirmière diplômée une fois par semaine.
Cet acte infirmier est pris en charge par la caisse d'assurance maladie.
2. La distribution est effectuée par les aides-soignantes une fois par semaine dans les appartements, dans des piluliers adaptés.
Ces piluliers sont fournis par la résidence.
3. En cas de nécessité, l'aide à la prise journalière des médicaments sera assurée par le personnel de l'établissement.

Le Président du CCAS

**Il reste de votre choix la possibilité de continuer à prendre votre traitement par vous-même.*