



---

---

## RESIDENCE AUTONOMIE

« LES CYGNES - LES FLAMANTS »

DOSSIER DE DEMANDE D'ENTREE

---

---



## FICHE ADMINISTRATIVE

### Identité :

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

### Situation :

Célibataire

Marié

Concubinage/PACS

Veuf

Autre : \_\_\_\_\_

### Conjoint, concubin, pacsé :

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance :

le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Votre profession antérieure :** \_\_\_\_\_

### Composition de la famille (enfants) :

Nom / Prénom	Adresse	Téléphone	Profession

**En cas d'absence d'enfant, veuillez indiquer ci-dessous les coordonnées d'un membre proche de votre famille (neveu – cousin ...) :**

**CCAS DE GAILLON**

2 rue du Général de Gaulle – 27 600 GAILLON

02 32 77 50 11

## PERSONNE REFERENTE A PREVENIR

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Lien familial ou social entre vous et cette personne :

\_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone portable : \_\_\_\_\_

## LA RESIDENCE

La résidence est composée de 71 logements comme suit :

Taille logement	Pièces recensées	Taille	Nombre
<b>T1 bis</b>	Dispose d'une pièce à vivre avec un espace cuisine, une salle d'eau avec sanitaires et placard d'entrée. Chauffage collectif.	31,95 m <sup>2</sup> / 32,20 m <sup>2</sup>	69
<b>T2</b>	Dispose d'une pièce à vivre avec un espace cuisine, une salle d'eau avec sanitaires et d'une chambre. Chauffage collectif.	49.99 m <sup>2</sup>	1
<b>T3</b>	Dispose d'une pièce à vivre avec un espace cuisine, une salle d'eau avec sanitaires et de deux chambres. Chauffage collectif.	65.21 m <sup>2</sup>	1

## LOGEMENT ACTUEL

Vous êtes actuellement :

Locataire                       Propriétaire                       Hébergé gracieusement

En cas de location :

Nom du bailleur/propriétaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Logement actuel :

Type de logement : T \_\_

Montant du loyer : \_\_\_\_ €

Disposez-vous de l'APL ?     OUI                       NON

Si oui quel est son montant ? \_\_\_\_ €

Si non, souhaitez-vous en bénéficier ?     OUI                       NON

Habitez-vous actuellement sur Gaillon ?     OUI                       NON

Si oui depuis quand ? \_\_\_\_\_

Votre logement actuel :

- Les conditions de confort sont-elles remplies ?     OUI                       NON
- Êtes-vous éloigné(e) du centre-ville ?     OUI                       NON
- Êtes-vous isolé(e) ?     OUI                       NON

Motif de votre demande :

Pour quelle(s) raisons faites-vous une demande d'entrée en résidence autonomie ?

rapprochement familial

besoin de me sentir moins isolé(e)

logement actuel sans confort

autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AUTONOMIE

Il est impératif de joindre à votre dossier de demande une grille AGGIR remplie par votre médecin, ainsi que le certificat médical autorisant la vie en collectivité – cf annexes

Avez-vous besoin d'aide pour :

- Entretien votre logement ?       OUI       NON
- Préparer vos repas ?       OUI       NON
- Faire vos courses ?       OUI       NON
- Laver et étendre votre linge ?       OUI       NON
- Gérer vos documents administratifs ?       OUI       NON
- Vous rendre à vos rendez-vous médicaux ou administratifs ?       OUI       NON

Observations diverses à signaler (allergies – régime alimentaire spécifique – pathologie chronique ...) :

-----  
-----  
-----  
-----

Actuellement bénéficiez-vous d'une aide à domicile ?       OUI       NON

Si oui bénéficiez-vous d'un soutien financier :

- o De votre caisse de retraite ?       OUI       NON
- o Du Conseil départemental au titre de l'APA ?       OUI       NON

Sinon souhaiteriez-vous en faire la demande ?       OUI       NON

Pour quel type d'aide souhaiteriez-vous cette aide ? \_\_\_\_\_

-----  
-----

Coordonnées de votre médecin traitant :

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

-----

Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_

## VOS CENTRES D'INTERET

Afin de renforcer l'implication des résidences dans une lutte active contre la perte d'autonomie, celles-ci se sont vu attribuer un véritable rôle d'initiateur d'actions de prévention par le biais de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV).

De ce fait, les résidences ont dû élargir leur prisme d'actions de prévention, notamment par le biais d'animations ouvertes aux autres seniors de la ville.

Afin de cerner vos centres d'intérêt, vous trouverez ci-dessous des exemples d'animations qui pourraient vous être proposées. Merci de cocher celles auxquelles vous pourriez participer :

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jeux de société   | <input type="checkbox"/> Jeux de cartes                    | <input type="checkbox"/> Jeux à l'extérieur |
| <input type="checkbox"/> Ateliers créatifs | <input type="checkbox"/> Atelier de gym douce              | <input type="checkbox"/> Atelier multisport |
| <input type="checkbox"/> Promenades        | <input type="checkbox"/> Sorties découvertes               | <input type="checkbox"/> Cinéma             |
| <input type="checkbox"/> Atelier bien-être | <input type="checkbox"/> Projection de films/documentaires | <input type="checkbox"/> Danse              |

Autres propositions : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Préférez-vous des activités :

- |                                   |                                       |                                    |
|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> le matin | <input type="checkbox"/> l'après-midi | <input type="checkbox"/> en soirée |
|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|

Un programme mensuel des activités proposées est affiché dans chaque hall de la résidence et distribué dans les boîtes aux lettres des résidents.

Certains événements communaux, intercommunaux, culturels et autres sont également relayés par voie d'affichage dans les halls des 2 bâtiments de la résidence.

## VOS RESSOURCES MENSUELLES

Retraite de base	Vous-même	Votre conjoint	Dernier montant total perçu
Régime général	€	€	€
Régime agricole	€	€	€
Régime non-salarié	€	€	€
Autres régimes de salariés	€	€	€

Disposez-vous d'une retraite complémentaire :     OUI             NON

Si oui merci de compléter le tableau suivant :

Retraite de base	Vous-même	Votre conjoint	Dernier montant total perçu
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€

TOTAL REVENU MENSUEL (somme des colonnes des 2 tableaux précédents)	Vous-même	Votre conjoint	Dernier montant total perçu
	€	€	€

Autres ressources :

Nature des ressources	Nom de l'organisme payeur	Montant perçu par vous-même	Montant perçu par votre conjoint
Indemnités journalières		€	€
Pension Accident du travail		€	€
Rente ou pension d'invalidité		€	€
Pension de guerre		€	€
Rente viagère		€	€
Revenus locatifs, fermages		€	€
Allocation Adulte Handicapé (AAH)		€	€
Revenus agricoles		€	€
Allocation logement ou APL		€	€
Autre		€	€

## VOS CHARGES MENSUELLES

Nature des charges	Montant
Loyer hors provisions	€
Charges annexées au loyer	€
Loyer charges comprises	€
Electricité	€
Chauffage	€
Eau	€
Téléphone	€
Assurance habitation	€
Impôts et taxes diverses	€
Assurance véhicule	€
Pension alimentaire	€
Plan d'apurement Banque de France	€
Mutuelle	€
Remboursement crédit ou emprunt	€
Frais d'aide à domicile	€
Autre	€

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique ?     OUI     NON     EN COURS

Si oui laquelle ?    Tutelle     Curatelle renforcée     Curatelle simple     Sauvegarde de justice

Coordonnées de la personne en charge de l'exécution de cette protection :

Organisme tutélaire – Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_

Je soussigné (e) (Nom / Prénom) : \_\_\_\_\_

Reconnais l'exactitude de l'ensemble des éléments transmis dans ce dossier de demande d'entrée en résidence autonomie.

A \_\_\_\_\_, le \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_,                      Signature :

## LISTE DES PIECES A FOURNIR



Pour que ce dossier soit complet, vous devez fournir les documents suivants :

- Ce dossier dûment complété et signé
- La copie de votre livret de famille complet
- La copie de votre carte d'identité ou titre de séjour en cours de validité
- La copie de votre carte vitale
- La copie de votre carte de mutuelle
- La copie complète (les 4 pages) des derniers avis d'imposition ou de non-imposition
- La copie du (ou des) titre (s) de pension (s) complémentaires et de l'ensemble des ressources
- 3 dernières quittances de loyer si actuellement en location
- La copie du jugement de la mesure de protection s'il y a lieu
- Le certificat médical ci-joint daté et signé de moins de 2 mois
- La grille AGGIR complété par le médecin, daté et signé de moins de 2 mois

Le jour de votre entrée à la résidence il vous sera demandé :

- L'attestation d'assurance risque locatif et responsabilité civile
- Un chèque de caution relative à l'appartement
- Un chèque correspondant au 1<sup>er</sup> loyer
- Un Relevé d'Identité Bancaire si souhait d'adhérer ensuite au prélèvement automatique des loyers

Ce dossier accompagné de toutes les pièces complémentaires est à déposer ou adresser au CCAS de Gaillon – 2 rue du Général de Gaulle – 27600 GAILLON



***RGPD : Dans le cas où la commission ne validerait pas votre candidature, le dossier sera détruit et les documents nominatifs que vous aurez fournis vous seront renvoyés.***



# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e) Docteur \_\_\_\_\_

Demeurant à \_\_\_\_\_

Certifie que l'état de santé de \_\_\_\_\_

Ne présente actuellement aucun signe clinique décelable d'affection contagieuse

Est apte à la vie en collectivité

---

A :

Le :

Signature et cachet du praticien

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

### ACTIVITES REALISEES PAR LA PERSONNE SEULE

		NE FAIT PAS	NE FAIT PAS				AUCUN adverbe ne pose problème	
			S	T	C	H		
1. Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	← Cocher la ou les cases concernées
2. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Élimination	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Habillage	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Alimentation	Se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spontanément
	Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totalement
8. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Correctement
9. Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habituellement
10. Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Orientation	Dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Cohérence	Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**NE FAIT PAS** : la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire. Si la case NE FAIT PAS est cochée il est inutile de cocher les 4 suivantes (S T C H)

**AUCUN adverbe ne pose problème** : l'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement, chaque fois que nécessaire.

A :

LE :

Signature et cachet du praticien