

## DOSSIER DE DEMANDE D'ENTREE

### EN RESIDENCE AUTONOMIE

---

Vivre dans une résidence autonomie c'est être acteur dans son choix de vie. Avec un logement individuel et privatif ainsi que des espaces communs; c'est un rempart contre la solitude avec la liberté de répondre à ses besoins.

Être tranquille chez soi, ou venir partager des repas en compagnie et des moments de loisirs avec ses voisins et des après midis proposé par l'animatrice.

Bénéficier d'un accompagnement de proximité par des professionnels.

Dans un environnement sécurisé avec des loyers modérés vous pouvez vivre en autonomie mais bien entouré.

Deux conditions nécessaires pour s'y installer; être autonome (GIR 5-6) et avoir plus de 60 ans.

Résidence autonomie de la Capelle :

05.65.99.03.96

[logementsfoyer@gmail.com](mailto:logementsfoyer@gmail.com)

## DOSSIER ADMINISTRATIF

### ETAT CIVIL DE LA OU DES PERSONNE(S) SOUHAITANT ENTRER EN RESIDENCE

#### DEMANDEUR 1

Civilité :  Monsieur  Madame

Nom de naissance :

\_\_\_\_\_

*(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

Prénom(s) :

\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lieu de naissance :

\_\_\_\_\_

Pays ou département :

\_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° CAF : \_\_\_\_\_

#### DEMANDEUR 2 SI COUPLE :

Civilité :  Monsieur  Madame

Nom de naissance :

\_\_\_\_\_

Prénom(s) :

\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lieu de naissance :

\_\_\_\_\_

Pays ou département :

\_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° CAF (si différent) : \_\_\_\_\_

## SITUATION FAMILIALE

- Célibataire  Vit maritalement  Pacsé(e)  Marié(e)  
 Veuf (ve)  Séparé(e)  
 Divorcé(e) Adresse :

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune/ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

## MOTIF(S) DE VOTRE DEMANDE D'ENTREE

- Rapprochement familial ou amical  
 Logement actuel inadapté  
 Isolement  
 Autre (à préciser) :

\_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu nos résidences ?

- Par bouche à oreille  Suite à une hospitalisation  
 Vous y déjeunez actuellement  Par le CMP  
 Par le site Internet  Par vos proches  
 Par les réseaux sociaux  
 Autre (à préciser) :

\_\_\_\_\_

## MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

oui  non  en cours

Si oui laquelle :  Sauvegarde de justice  Curatelle  Curatelle renforcée  Tutelle  Mandat de protection future

\_\_\_\_\_

Si oui, coordonnées de la personne qui assure la protection juridique :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune/ville : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**COORDONNÉES DES PROCHES**

Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone	Adresse postale et mail

## AIDES FINANCIÈRES

APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Percevez-vous une prestation :

oui  non  en cours d'étude

Si oui : depuis quelle date : -----/-----/-----

Quel est le GIR (Groupe Iso-Ressources de 1 à 4) indiqué dans votre « plan d'aide » :

---

Êtes-vous bénéficiaire de l'APL (Aide Personnalisée au Logement)/ALS ?

Oui  Non

Logement\* souhaité :  T1 /T1 bis  T2

\*Les appartements sont loués non meublés, la cuisine est équipée uniquement de plaques chauffantes.

## JUSTIFICATIFS À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT

**CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :**

- Pièce d'identité (recto verso), et/ ou livret de famille
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition (complet)
- Justificatifs des pensions perçues ou relevés de comptes des

trois derniers mois

- Copie de la carte vitale et mutuelle
- Si vous faites l'objet d'une mesure de tutelle ou de

curatelle, justificatif de cette mesure,

Si vous percevez l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), copie du plan d'aide détaillé,

Le questionnaire médical (sous pli fermé, rempli par votre médecin traitant.)

---

---

**SIGNATURES**



Précédée de la mention manuscrite :

« Lu et approuvé »

Date .. / ..... / .....

de la ou des personne(s) concernée(s) par cette demande :

de la personne ayant rempli le dossier :

**Questionnaire médical en vue d'une admission en résidence autonomie**  
**Confidentiel**

Madame, Monsieur,

Votre patient (e) a fait une demande pour entrer en résidence autonomie. Pour cette raison, le comité d'admission de la résidence doit disposer d'éléments afin de voir si son état est compatible avec une vie en établissement non médicalisé. Dans le but d'aider à la prise de décision, nous vous demandons de remplir ce document indispensable à la procédure d'admission. Nous vous proposons d'adresser ce document sous pli confidentiel à la structure. La direction de la résidence autonomie de La Capelle vous remercie par avance pour votre aide et espère que votre patient(e) pourra s'épanouir au sein de la structure.

---

Nom et signature du médecin ayant complété le dossier.	
<b>date :</b>	<b>nom et signature :</b>

**ÉLÉMENTS DE SANTE GÉNÉRAUX**

Nom : ..... Prénom :.....

Date de naissance :.....

Allergie(s) connue(s) :

.....  
.....

Antécédents chirurgicaux :

.....

Pacemaker :  oui  non

Antécédents médicaux et pathologie actuelle :

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



## AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

### Grille AGGIR

		A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>	Précisions
<b>Transfert</b>					
<b>Déplacements</b>	A l'intérieur				Peut-il/elle descendre et monter seul-e une dizaine de marche d'escaliers ?
	A l'extérieur				S'il/elle ne peut pas sortir seul-e à l'extérieur, pour quelles raisons ?
<b>Toilette</b>	Haut				
	Bas				
<b>Elimination</b>	Urinaire				En cas d'incontinence, gère t-il/elle seul-e ses problèmes ?
	Fecale				
<b>Habillage</b>	Haut				
	Bas				
	Moyen				
<b>Alimentation</b>	Se servir				
	Manger				A-t-il (elle) un régime particulier ? Un trouble alimentaire ? (boulimie, anorexie, sensation de non satiété)
<b>Orientation</b>	Temps				A t-il (elle) des problèmes cognitifs (mémoire, orientation temporo-spatiale, langage, praxies) ? Si oui lesquels ?
	Espace				
<b>Communication pour alerter</b>					
<b>Cohérence</b>					A t-il (elle) déjà eu un bilan neuro-cognitif ? Si oui, quel diagnostic a été porté ?



**SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX**

<b>Types</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Précisions</b>
<b>Idées délirantes</b>			
<b>Hallucinations</b>			
<b>Agitation, agressivité (cris...)</b>			
<b>Dépression</b>			
<b>Anxiété</b>			
<b>Apathie</b>			
<b>Désinhibition</b>			
<b>Comportements moteurs aberrants</b>			
<b>Troubles du sommeil</b>			

A-t-il (elle) été hospitalisé (e) pour une pathologie psychiatrique ?

- Oui     non

Si oui, laquelle ? .....

Suivi :

- Centre Médico Psychologique       Médecin Psychiatre

**CONDUITES A RISQUE**

<b>Types</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Précisions</b>
<b>Alcool</b>			
<b>Tabac</b>			
<b>Sevrage</b>			

