

Centre Communal d'Action Sociale

1 Espace Charles De Gaulle

33660 St Seurin sur L'Isle

Tél : 05.57.56.01.01

DEMANDE DE LOGEMENT EHPA

Résidence des Mille Fleurs

Rue Rosa Bonheur

33660 Saint Seurin sur l'Isle

La Résidence des Mille Fleurs, gérée par le CCAS de Saint Seurin sur l'Isle, est destinée à accueillir un public de personnes âgées d'au moins 60 ans, autonomes ou en perte légère d'autonomie.

Elle dispose de 56 logements individuels de type T1 bis (environ 33m²) loués vides qui doivent être aménagés par les résidents.

Chaque logement est composé :

- d'une cuisine séparée (évier en inox et 2 plaques électriques)
- d'une salle de douche (plan vasque avec miroir, douche à l'italienne (avec siège de douche) et toilettes)
- d'une pièce principale ouvrant sur une terrasse abritée
- d'un cellier extérieur attenant au logement
- d'une boîte aux lettres personnelle

La Résidence propose plusieurs services collectifs :

- Un restaurant ouvert tous les jours (uniquement le midi).
- Une laverie, en libre-service.
- Des animations (lotos, jeux de cartes.....)
- Un atelier mémoire, une fois par semaine, animé par une psychologue.

(les chiens ne sont pas admis sur la Résidence)

Tarifs :

Caution : 495.95 €

Règlement de la caution lors de l'état des lieux entrant, uniquement par chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public.

Redevance mensuelle : 495.95 €

La redevance comprend le loyer, le chauffage au gaz collectif, l'eau, l'assainissement et la taxe sur les déchets ménagers.

Restent à la charge du résident :

La mise en service de la ligne téléphonique, les frais de téléphone, l'électricité et l'abonnement au service de téléassistance.

Abonnement mensuel au service de téléassistance : 23 €

Repas résident : 8.50 € le repas

Repas invité : 8.75 €

Etat Civil du demandeur

Nom

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Département :

Adresse actuelle :

Code postal : _ _ _ _ _ Ville :

Téléphone fixe : _ _ _ _ _ Portable: _ _ _ _ _

Numéro de sécurité sociale : _ _ _ _ _

Caisse d'assurance maladie :

Mutuelle :

Etat civil du conjoint

Nom

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Département :

Adresse actuelle :

Code postal : _ _ _ _ _ Ville :

Téléphone fixe : _ _ _ _ _ Portable: _ _ _ _ _

Numéro de sécurité sociale : _ _ _ _ _

Caisse d'assurance maladie :

Mutuelle :

Situation de famille :

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf (ve)

Nombre d'enfant(s) :

Mesure de protection juridique

Oui

Non

Si oui :

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Demande en cours

Coordonnées de votre tuteur ou curateur :

Nom :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Téléphone fixe : _____ Portable: _____

Adresse email :

Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse email :

Lien de parenté (enfant, frère, sœur, ami.....) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse email :

Lien de parenté (enfant, frère, sœur, ami.....) :

Coordonnées de vos enfants

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone fixe : ____ ____ ____ ____	Téléphone portable : ____ ____ ____ ____
Adresse email :	

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone fixe : ____ ____ ____ ____	Téléphone portable : ____ ____ ____ ____
Adresse email :	

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone fixe : ____ ____ ____ ____	Téléphone portable : ____ ____ ____ ____
Adresse email :	

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone fixe : ____ ____ ____ ____	Téléphone portable : ____ ____ ____ ____
Adresse email :	

Dans le cadre de l'application des articles 205, 206 et 208 du code civil, statuant sur l'obligation alimentaire des enfants envers leurs parents il est nécessaire de préciser qu'en cas de défaillance du locataire dans le paiement régulier de ses loyers, les enfants pourront être sollicités. Il appartiendra alors au juge des affaires familiales de se prononcer sur l'étendue de cette obligation.

Coordonnées des intervenants extérieurs

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de téléphone : _ _ _ _ _

Soins infirmiers

Oui

Non

Si oui, pour quel type d'intervention :

Préparation des médicaments

Prise des médicaments

Toilette

Soins (préciser)

1 fois par jour

2 fois par jour

1 fois par semaine

Autre (préciser)

Nom de votre infirmier(ère):

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ _ Ville :

Téléphone fixe : _ _ _ _ _ Portable: _ _ _ _ _

Service d'Aide à domicile :

Oui

Nombre d'heures par semaine :

Non

Si oui, pour quel type d'intervention :

Ménage

Courses

Aide à la toilette

Toilette

Préparation des repas

Autre (précisez)

Type de prise en charge :

Caisse de retraite
Conseil Départemental
Autre (précisez)

(Joindre obligatoirement une photocopie de la notification de prise en charge).

Si vous bénéficiez de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), indiquez le GIR (Groupe Iso-Ressources de 1 à 4) figurant dans votre plan d'aide :

Coordonnées du prestataire de service intervenant à domicile

Nom :

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ _ Ville :

Téléphone fixe : _ _ _ _ _ Portable: _ _ _ _ _

Adresse email :

Bénéficiez-vous d'un service de portage de repas à domicile ? :

Oui
Non

Etes-vous équipé d'un boîtier de téléassistance (système d'appel d'urgence) ? :

Oui
Non

Votre logement

Vous êtes :

Locataire
Propriétaire
Hébergé par un proche

Si vous êtes locataire bénéficiez-vous d'une allocation logement ?:

Oui
Non

Si oui :

CAF
MSA

Numéro d'allocataire :

Montant mensuel de l'aide perçue :

Montant de votre loyer actuel :

Renseignements financiers

Vos ressources :

Montant mensuel :

Retraite principale :

Retraite agricole :

Retraites complémentaires :

Autres ressources (à préciser) :

Vos charges :

Montant mensuel :

Votre projet de vie au sein de la Résidence

Vous souhaitez intégrer la Résidence pour :

- vous rapprocher de votre famille
- la sécurité (logement sans escaliers, douche à l'italienne.....)
- créer un lien social
- déjeuner au restaurant
- participer aux animations
- communiquer
- être proche des commerces
- autres (précisez)

Avez-vous un animal de compagnie ?

Oui

Non

Si oui, lequel ?

Etes-vous adhérent à un club de détente ? (club séniors, scrabble, musique.....)

Oui

Non

Si oui, lequel ?.....

Lors du dépôt du dossier d'inscription, il convient de prendre un rendez-vous avec la responsable du service d'aide à domicile, afin de déterminer le degré de dépendance du demandeur et éventuellement du conjoint et leur capacité à vivre en autonomie au sein de la structure.

Je m'engage à prévenir la Direction du CCAS de Saint Seurin sur l'Isle si je devais abandonner ma demande.

Certifié exact,

Fait à

Le / / 2018.

Signature

Pièces à fournir pour la constitution du dossier :

- Carte d'identité
- Livret de famille
- Justificatifs de ressources annuelles (déclaration fiscale)
- Dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Dernière quittance de loyer
- Dernière attestation de paiement des prestations familiales CAF ou MSA
- Relevé d'identité bancaire ou postal
- Attestation d'Assuré Social et carte vitale
- Carte de mutuelle
- Notification, soit de votre caisse de retraite relative au financement d'une aide à domicile, soit du Conseil Départemental si vous bénéficiez de l'APA
- Jugement de protection juridique (si vous êtes sous curatelle, tutelle ou sauvegarde de justice)
- **Le certificat médical ci-joint complété et signé par votre médecin traitant**
- **Date de l'entretien prévue avec la responsable du SAD :**
.....

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES.**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS ALLERGIES Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser (localisation, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Préciser la date du dernier prélèvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES Cécité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RISQUE DE FAUSSE ROUTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	REEDUCATION Kinésithérapie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="text"/>
--	--	--

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDecin QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date

Signature

cachet du
médecin