

**DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION
EN RESIDENCE AUTONOMIE**



RESIDENCE D'OC



RESIDENCE LES CEVENNES

Réservé à l'établissement :

CE DOSSIER COMPREND :

- Un volet administratif
- Un volet médical à remettre sous pli confidentiel.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

PIÈCES À FOURNIR	Cadre réservé à l'établissement
Lettre motivée certifiant <u>le consentement éclairé</u> de la personne intéressée	
1 photo d'identité récente	
Photocopie de la carte nationale d'identité	
Copie intégrale du livret ou des livrets de famille, à défaut pour les célibataires un extrait intégral d'acte de naissance avec filiation	
Dernier avis d'imposition ou de non-imposition	
Justificatifs annuels de retraite ou déclaration des revenus pré-remplie ou relevés bancaires avec tous les virements des retraites	
Photocopie de l'attestation d'assuré social de l'année en cours (ou carte CMU le cas échéant)	
Photocopie de la carte mutuelle recto/verso ou assurance complémentaire	
En cas de prise en charge par l'aide-sociale dans un autre établissement ou demande en cours fournir la notification d'aide-sociale ou le justificatif de dépôt de la demande *	
Jugement de protection juridique s'il y en a un	
Dernière notification de l'APA si bénéficiaire	
Photocopie de l'attestation d'allocataire de la CAF ou Allocation logement si bénéficiaire	
Attestation d'aptitude de vie en collectivité à remplir par le médecin traitant	
Accusé de réception de la communication des tarifs	
Dossier médical (fiche + grille AGGIR) sous enveloppe confidentielle à remplir par le médecin qui vous suit actuellement (traitant ou hospitalier)	

AU MOMENT DE L'ADMISSION DANS L'ÉTABLISSEMENT, DES PIÈCES COMPLÉMENTAIRES POURRONT VOUS ETRE DEMANDÉES.

Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, allocation personnalisée d'autonomie), il convient de contacter le Conseil Départemental de votre département.

* Pour la Résidence d'Oc uniquement.

Date de la demande : _____

Choix de l'établissement (1) :

Résidence d'Oc

3, allée des Sports
31170 TOURNEFEUILLE

Tél. 05 61 06 61 63
residencedoc@mairie-tournefeuille.fr

Habilité Aide Sociale

Résidence Les Cévennes

7, rue de l'Auvergne
31170 TOURNEFEUILLE

Tél. 05 62 48 15 14
cevennes@mairie-tournefeuille.fr

Non habilité à l'Aide Sociale

(1) Cocher la case correspondante, si le choix se porte sur les deux établissements, numéroter par ordre de priorité

L'admission dans ces établissements est prononcée par la Direction après passage en commission d'admission qui a pour mission d'étudier les dossiers et de valider les demandes d'inscription.

Seuls les dossiers dûment complétés seront examinés.

Ce dossier est à déposer

➤ ***Soit sur place :***

A l'accueil de la Résidence d'Oc : 3, allée des Sports - 31170 TOURNEFEUILLE

Ou

A l'accueil de la Résidence Les Cévennes : 7, rue de l'Auvergne - 31170 TOURNEFEUILLE

➤ ***Soit par courriel :*** residencedoc@mairie-tournefeuille.fr

Etat civil de la personne concernée :

Demande en couple : remplir 1 dossier pour chaque membre du couple

Nom : _____ *Nom de jeune fille* : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Lieu de Naissance : _____ Dépt : ___

Nationalité _____

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e)

Numéro de sécurité sociale : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Nombre d'enfants : _____

Profession antérieure : _____

Adresse actuelle : _____

_____  : _____

Droits sociaux :

Aide sociale : OUI NON En cours

Protection juridique : OUI NON si OUI, laquelle _____

Coordonnées du mandataire : _____

Aide personnalisé à l'autonomie : OUI NON Demande en cours

Allocation logement : OUI NON Demande en cours

Aide personnalisée au logement : OUI NON Demande en cours Si oui, laquelle : _____

Autres : _____

Personne à contacter pour la démarche d'admission (par ordre de priorité) :

NOM : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

 Domicile : _____ Portable : _____ Travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

 Domicile : _____ Portable : _____ Travail : _____

La demande :

Type d'hébergement souhaité : Hébergement permanent Séjour découverte*

* seulement sur la Résidence d'Oc

Date d'arrivée souhaitée ou période (pour séjour découverte) : _____

Motif de la demande :

- Maintien au domicile difficile Rapprochement familial
 Mise en danger Perte d'autonomie
 Isolement social Sortie d'hospitalisation ou centre de convalescence
 Autre : Préciser _____

La situation de la personne concernée à la date de la demande :

- A son domicile Enfants/Proches Résidence autonomie ou Résidence-séniors*
 EHPAD* Etablissement de santé*

* Nom de l'établissement : _____

Propriétaire Locataire (une entrée en résidence autonomie réduit le préavis à 1 mois)

Aspects financiers :

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjours ?

Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

- Aide sociale* OUI NON Demande en cours envisagée
 Aide personnalisée au logement OUI NON Demande en cours envisagée
 Allocation personnalisée d'autonomie OUI NON Demande en cours envisagée

* Seulement pour la Résidence d'OC

RESSOURCES (mensuelles)			
Caisse de retraite principale		Caisse de retraite complémentaire	
Régime	Montant en €	Nom	Montant en €
Total		Total	

TOTAL : _____ €

DESCENDANTS DE 1^{er} et 2^{ème} DEGRES TENUS À LA DETTE ALIMENTAIRE (Articles 205, 206, 207 et 212 du Code civil)

Cette liste nominative est obligatoire. Liste à compléter sur papier libre le cas échéant.

NOM et Prénom	Date de Naissance	Lien de parenté	Adresse

L'aide sociale (seulement pour la Résidence d'Oc) :

Pour qui ?

Il faut remplir les trois conditions suivantes :

- Avoir 65 ans et plus, ou avoir 60 ans et plus et être reconnu inapte au travail,
- Résider en France de manière régulière,
- Avoir des ressources insuffisantes.

Le Conseil départemental fait une proposition de répartition entre les obligés alimentaires qu'ils peuvent accepter - ou remplacer par une autre répartition s'ils le souhaitent - ou bien refuser.

En cas de refus, le Juge aux affaires familiales (JAF) doit être saisi, soit par la personne soit par le Conseil départemental (article L.132-7 du code de l'action sociale et des familles). Une copie du jugement doit être adressée au Conseil départemental.

Pour quoi ?

L'aide sociale est destinée à aider les personnes âgées dont les ressources sont insuffisantes pour faire face à certains besoins à domicile ou en établissement. Cette aide est soumise à condition de ressources.

À noter, l'aide sociale ne peut être cumulée avec un avantage de même nature servi par un organisme de protection sociale (caisses de retraite, CPAM...)

Les sommes avancées par le Conseil départemental (déduction faite des participations de la personne âgée et des obligés alimentaires) dans le cadre de l'aide sociale sont récupérables sur succession, donation ou legs. Elles le sont également en cas d'amélioration des revenus et/ou du patrimoine (capitaux, biens immobiliers).

Comment ?

Remplir un dossier de demande :

- En téléchargeant le dossier de demande d'aide sociale sur le site internet du Conseil Départemental,
- En le demandant dans une Mairie ou un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS).

Faire remplir également le formulaire d'obligation alimentaire à chacun des obligés (conjoint, enfants, petits-enfants...).

L'adresser à la mairie ou au Centre communal d'action sociale (CCAS), qui le transmettra, après contrôle, aux services du Conseil départemental de la Haute-Garonne.

Les services du Conseil départemental instruisent le dossier, après une étude des ressources du demandeur.

La décision est rendue par le Président du Conseil départemental. Elle est communiquée par un arrêté, également envoyée aux autres personnes concernées : représentants légaux, obligés alimentaires concernés et, le cas échéant, établissements ou services d'aide à domicile, etc.

INFORMATION SUR LE RISQUE DE FUGUE

A remplir par le représentant du résident, si celui-ci ne jouit pas de toutes ses facultés.

Je soussigné(e) :

Certifie avoir été informé que les résidences d'Oc et Les Cévennes ont une vocation essentiellement sociale, et sont des structures ouvertes sur l'extérieur, respectant le droit d'aller et venir des résidents.

Elles mettent en œuvre tous les moyens dont elles disposent pour prévenir les risques de fugue de :

Mme, M. _____

Mais que ces moyens ne peuvent être comparables à ceux mis en œuvre dans une structure fermée spécialisée.

Fait à _____

Le _____

Signature

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE LA COMMUNICATION DES TARIFS ET RESPECT DE
L'ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____ agissant en qualité
de :

- Résident
- Famille (précisez) : _____
- Proche (précisez) : _____
- Représentant légal (curateur, tuteur)

Certifie avoir été informé(e) des tarifs en vigueur des Résidences d'Oc et Les Cévennes.

M'engage à m'acquitter de la totalité des frais de séjour dus au plus tard le 17 du mois en cours par
les moyens suivants :

- Financement personnel,
- Participation de ma famille au titre de l'obligation alimentaire,
- La possibilité d'une demande de prise en charge au titre de l'Aide Sociale*

*pour la Résidence d'Oc uniquement

Fait à _____ le _____

Nom, Prénom : _____

Signature :

Je soussigné(e), M _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus et m'engage à prévenir l'établissement de toutes modifications de situation ou d'annulation de dossier.

Date : / /

Signature :

DOCUMENTS MÉDICAUX À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

ATTESTATION D'APTITUDES DE VIE EN RESIDENCE AUTONOMIE

Je soussigné, Docteur _____

certifie que Madame ou Monsieur _____

demeurant actuellement au _____

ne présente aucune contre-indication médicale à l'entrée en résidences autonomie non médicalisée et à la vie en collectivité.

Date : _____

Signature et cachet du Médecin :

GRILLE A.G.G.I.R.

À remplir par le médecin qui suit la personne à la date de la demande.

NOM : _____ PRENOM : _____

A = fait seul : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

B = fait seul mais non spontanément, et/ou partiellement, et/ou habituellement, et/ou non correctement

C = ne fait jamais seul = il faut faire à sa place ou « faire faire »

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Son remplissage exclut tout ce que font les aidants et/ou les soignants, afin de mesurer seulement ce que fait la personne âgée. **Les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, fauteuil roulant, prothèses auditives ...).**

GRILLE NATIONALE AGGIR – VARIABLES DISCRIMINANTES		A, B, C	OBSERVATIONS
COHERENCE	Communication		
	Comportement		
ORIENTATION	Se repérer dans le temps		
	Se repérer dans l'espace		
TOILETTE :	Haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage		
	Bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes		
HABILAGE	Haut : vêtements passés par le bras et/ou la tête		
	Moyen : fermetures des vêtements, boutonnage, fermeture éclair, ceintures, bretelles, pressions, soutien-gorge		
	Bas : vêtements passés par le bas du corps y compris chaussettes, bas, chaussures		
ALIMENTATION	Se servir (couper la viande, remplir son verre ...)		
ELIMINATION	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire		
	Assurer l'hygiène de l'élimination anale		
TRANSFERTS	Se lever, se coucher, s'asseoir		
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION A DISTANCE	Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme, télé alarme ...		

Votre patient(e) bénéficie-t-il (elle) d'une APA à domicile ? OUI NON

Si OUI, précisez le GIR : _____

CONCLUSIONS :

A _____,

Le _____

Signature et cachet du médecin traitant :

Renseignements médicaux**ANTECEDENTS :**

PATHOLOGIES ACTIVES :

VACCINATIONS : Tétanos Pneumo 23 Grippe

(Date du dernier rappel)

TRAITEMENTS EN COURS :

- Médicaments (ou copie de la dernière ordonnance) :

- Soins paramédicaux en cours :

- Soins infirmiers de jour : Oui Non si oui lesquelles : _____
- Kinésithérapie : Oui Non
- Autres : Oui Non si oui lesquelles : _____

- Addictions : Oui Non si oui : Alcool : Oui Non
Tabac : Oui Non
Toxicomanie : Oui Non

Le patient bénéficie-t-il d'un suivi psychiatrique ? Oui Non

COMMENTAIRES :

PIECES A JOINDRE A MINMA :

- Grille AGGIR ci-jointe remplie
- Courriers des spécialistes
- Comptes rendus d'hospitalisations
- Dernières ordonnances récapitulant la totalité du traitement en cours

Fait à _____ le _____

Par le Dr. _____

Signature :