



Mairie Services CCAS  
CS 10 130  
74805 La Roche-sur-Foron Cedex  
Tél : 04.50.25.98.60



## **DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES**

Mis à jour le 1<sup>er</sup> juillet 2014

### **Résidence Autonomie « Les Rocailles du Verger »**

44 rue Sœur Jeanne Antide Thouret  
74800 LA ROCHE-SUR-FORON

Tel : 04.50.03.24.87

Fax : 04.50.97.79.40

Courriel : lesrocailles@larochesurforon.fr

**Établissement public pour personnes âgées valides et autonomes (G.I.R 5 et 6) de plus de 60 ans géré par le Centre Communal d'Action Sociale de La Roche-sur-Foron.**

Ce dossier comprend :

- une partie administrative à compléter par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (*Par exemple, un travailleur social, la famille, mandataire judiciaire etc.*),
- une partie médicale à compléter, dater et signer par le médecin traitant. Cette partie permet de connaître la capacité de la personne concernée à résider dans une Résidence Autonomie.

### **PIECES A FOURNIR**

➔ Retourner ce dossier à la Résidence Autonomie « Les Rocailles du Verger » avec :

Les photocopies des documents suivants :

- Livret de famille ou extrait de naissance
- Carte d'identité
- Attestation de carte vitale
- Carte de complémentaire santé
- Avis d'imposition ou de non-imposition des revenus perçus l'année N-1
- Justificatifs de ressources

Les documents suivants renseignés et signés :

- Dossier médical complet (à remplir par votre médecin traitant)
- Déclaration de descendance et d'un(e) garant(e)
- Engagement de paiement du ou des obligés alimentaires.

➔ Au moment de l'entrée à la Résidence Autonomie, les pièces à fournir sont :

- Contrat de séjour signé
- Attestation multirisque d'habitation
- Justificatif d'un test de dépistage du COVID-19 par RT-PCR, datant de moins de 7 jours

**Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas admission.**

## 1- État civil de la personne concernée

Civilité :  Monsieur  MadameNom  Nom de naissance Prénom(s) Date de naissance Lieu de naissance Pays ou département N° Sécurité Sociale N° CAF **Adresse**N° voie,  
Rue,  
Boulevard Ville Code postal Téléphone fixe  Téléphone portable Adresse mail **Situation familiale :** Célibataire       Veuf(ve)      Nombre d'enfants   
 Vit maritalement       Séparé(e)  
 Pacsé(e)       Divorcé(e)  
 Marié(e)La personne est-elle sous protection juridique ?  Oui  Non  En coursSi oui, laquelle ?  Tutelle       Curatelle  
 Sauvegarde de justice       Mandat de protection future**Contexte, motif de la demande d'admission**La personne est-elle informée de la demande ?  Oui  NonLa personne concernée est-elle consentante à la demande ?  Oui  Non*(Par exemple, événement familial récent, décès du conjoint...)*

## 2- État civil du représentant légal (en cas de mesure de protection juridique)

Civilité :  Monsieur  Madame

Nom  Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

### Adresse

N° voie,  
Rue,  
Boulevard

Code postal  Ville

Téléphone fixe  Téléphone portable

Adresse mail

## 3- Personne Aidante : Oui Non (Si Non, merci de passer au point 4)

Civilité :  Monsieur  Madame

Nom  Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

### Adresse

N° voie,  
Rue,  
Boulevard

Code postal  Ville

Téléphone fixe  Téléphone portable

Adresse mail

## 4- Personne de Confiance <sup>(1)</sup> Oui Non *(Si Non, merci de passer au point 5)*

Civilité :  Monsieur  Madame

Nom  Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

### *Adresse*

N° voie,  
Rue,  
Boulevard

Code postal  Ville

Téléphone fixe  Téléphone portable

Adresse mail

(1) La *personne de confiance* désignée par vous-même peut :

- vous accompagner dans vos démarches et vous assister lors de vos rendez-vous médicaux,
- et être consultée par les médecins pour rendre compte de vos volontés si vous n'êtes pas en mesure d'être vous-même consulté.

## 5- Personnes à prévenir en cas d'urgence

### Personne N°1

Civilité :  Monsieur  Madame

Nom

Prénom

### *Adresse*

N° voie,  
Rue,  
Boulevard

Code postal  Ville

Tél fixe  Tél portable  Tél travail

Adresse mail

Lien de parenté

**Personne N°2**

Civilité :  Monsieur  Madame

Nom

Prénom

*Adresse*

N° voie,  
Rue,  
Boulevard

Code postal  Ville

Tél fixe  Tél portable  Tél travail

Adresse mail

Lien de parenté

**Personne N°3**

Civilité :  Monsieur  Madame

Nom

Prénom

*Adresse*

N° voie,  
Rue,  
Boulevard

Code postal  Ville

Tél fixe  Tél portable  Tél travail

Adresse mail

Lien de parenté

## **6- Dispositions en cas de décès :**

**Le résident n'a plus de famille ou de proche ?**

- Oui**
- Non**

**Si oui, en cas de décès au sein de la Résidence Autonomie, le résident a-t-il fait un contrat obsèques ?**

- Oui (merci de fournir l'attestation et les coordonnées du contrat)**
- Non (merci de fournir les coordonnées d'une personne référente)**

**Le Résident a-t-il formulé ses directives anticipées ?**

- Oui**
- Non**

## 7- Demande

Type d'hébergement souhaité : Studio seul Studio en couple

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile Chez des proches

Résidence Autonomie Hôpital

Autre (*préciser*) \_\_\_\_\_

Si la personne était dans une structure, préciser le nom de l'établissement concerné, adresse et téléphone:

La personne est-elle informée de la demande ? Oui Non

La personne concernée est-elle consentante à la demande ? Oui Non

Date d'entrée souhaitée : Immédiat Dans les 3 mois Échéance plus lointaine

**Date et Signature de la personne concernée ou de son représentant légal :**

## 8- Aspects financiers

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

Seule  Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

### Désignation d'un Garant \* :

Civilité :  Monsieur  Madame

Nom  Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

*Adresse*

N° voie,  
Rue,  
Boulevard

Code postal  Ville

Téléphone fixe  Téléphone portable

Adresse mail

### Date et signature du Garant :

*\*Juridiquement, on parle de cautionnement ou de caution d'un tiers. Il s'agit pour la personne s'engageant comme **garant** de prendre à sa charge la dette éventuelle du locataire, en cas de loyers impayés. (Loi n° 89-462 du 6 juillet 1989).*



**Destinataire de la facture** (nom, prénom, adresse et adresse Mail) :

--

**Le ou la futur résident(e) bénéficie-t-elle :**

- **d'une aide sociale à l'hébergement** ? Oui Non Demande en cours

❖ *Si oui, merci de fournir la notification d'attribution ou non de l'Aide Sociale Hébergement par le Conseil Général.*

- **d'une allocation logement (APL/ALS)** ? Oui Non Demande en cours

- **d'une allocation personnalisée d'autonomie (APA)** ? Oui Non Demande en cours

❖ *Si oui, merci de fournir la notification d'attribution ou non de l'APA par le Conseil Général.*

**Il est nécessaire de prévenir la Direction, sous huitaine, pour toute modification de situation administrative ou financière.**

**Commentaires**

--

## 9- Déclaration de descendance

Je soussigné(e)

déclare AVOIR – NE PAS AVOIR de descendance.

*Merci de rayer la mention inutile*

Si descendance, complétez le tableau suivant :

NOMS	PRENOMS	ADRESSE	TELEPHONE

**Date :**

**Signature :**

Résidence Autonomie « LES ROCAILLES DU VERGER »  
44 rue Sœur Jeanne Antide THOURET  
74800 LA ROCHE SUR FORON  
Tél : 04 50 03 24 87

## **ANNEXE 1**

(à prendre connaissance et à signer)

### **ENGAGEMENT DE PAIEMENT DES OBLIGES ALIMENTAIRES**

Article 205 du code civil

(Loi du 17 mars 1803 promulguée le 27 mars 1803)

(Loi du 9 mars 1891)

(Loi N° 72-3 du 3 janvier 1972

art. 3 Journal Officiel du 5 janvier 1972 en vigueur le 1<sup>er</sup> août 1972) :

« Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin. »

Article 206 du code civil

(Loi du 17 mars 1803 promulguée le 27 mars 1803)

(Loi du 9 août 1919)

« Les gendres et belles filles doivent également et dans les mêmes circonstances, des aliments à leur beau-père et belle-mère, mais cette obligation cesse lorsque celui des époux qui produisait l'affinité et les enfants issus de son union avec l'autre époux sont décédés. »

*Je soussigné(e) ..... déclare avoir été informé(e) de l'engagement de paiement des obligés alimentaires.*

*Fait à ..... Le, .....*

*Signature*

# DOSSIER SANTE

Nom et prénom de la personne concernée

Quel est le motif de la demande ?

Changement d'établissement

Fin/Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

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

## Médecin traitant

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## Renseignements médicaux

Taille

Poids

Antécédents médicaux	
Pathologie(s) actuelle(s) et traitement(s) actuel(s)	<i>(S'il y a un traitement en cours, merci de joindre l'ordonnance)</i>
Traitement en cours ou à envisager	<input type="checkbox"/> Soins infirmiers <input type="checkbox"/> Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Autres :
Contexte clinique actuel	<u>Cardio-vasculaire</u>  <u>Pulmonaire</u>  <u>Ostéo articulaire</u>  <u>Neurologique</u>  <u>Digestif</u>  <u>Urogénital</u>  <u>Psychisme</u>

La personne a-t-elle une ou des allergie(s) ? Si oui, préciser :

--

<b>Symptômes Psycho-Comportementaux</b>	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants ( <i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i> )		
Troubles du sommeil		

<b>Appareillages</b>	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres ( <i>préciser</i> )		

<b>Soins techniques</b>	Oui	Non
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire ( <i>CPAP, VNI...</i> )		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

**Commentaires ou recommandations éventuelles**

**GIR de la Personne**

*Groupes Iso Ressources*

**Médecin qui a renseigné le dossier** *(si différent du médecin traitant)*

Nom

Prénom

*Adresse*

N°voie,  
Rue,  
Boulevard

Code postal

Ville

Téléphone

**Date :**

**Signature et cachet du médecin :**



**Résidence Autonomie « Les Rocailles du Verger »**

44 rue Sœur Jeanne Antide Thouret  
74800 LA ROCHE-SUR-FORON

Tel : 04.50.03.24.87

Fax : 04.50.97.79.40

Courriel : lesrocailles@larochesurforon.fr

Date de remise du dossier (en main propre ou envoyé)

Date de retour du dossier à la Résidence

✓ **Le dossier est incomplet :**

○ Pièces manquantes :


**Date et Signature :**

---

✓ **Le dossier est complet**

**Date et signature :**