



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^{er} juillet 2014

Logement Foyer « 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

Siret : 267 410 116 00037 Code Ape : 8730 A

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, 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 un foyer-logement.

PIECES A FOURNIR

→ Retourner ce dossier au foyer-logement « 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 de l'année écoulée
- Justificatifs de ressources

Les documents suivants complétés :

- Dossier médical complet (à faire compléter par votre médecin traitant)
- Déclaration de descendance
- Engagement de paiement du ou des obligés alimentaires (à compléter par les enfants)
- Coupon-réponse

→ Au moment de l'entrée au foyer-logement, les pièces à fournir sont :

- Contrat de séjour signé
- État des lieux
- Attestation multirisque d'habitation

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

DOSSIER ADMINISTRATIF

État civil de la personne concernée

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

Situation familiale :

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

Nombre d'enfants

La personne est-elle sous protection juridique ? Oui Non En cours

Si oui, laquelle ? Tutelle Curatelle
 Sauvegarde de justice Mandat de protection future

Contexte, motif de la demande d'admission

(Par exemple, événement familial récent, décès du conjoint...)

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

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Civilité : Monsieur Madame

Nom

Prénom

Adresse

N°voie,
Rue,
Boulevard

Code postal Ville

Tél fixe Tél portable Tél travail

Lien de parenté

Civilité : Monsieur Madame

Nom

Prénom

Adresse

N°voie,
Rue,
Boulevard

Code postal

Ville

Tél fixe

Tél portable

Tél travail

Lien de parenté

Civilité : Monsieur Madame

Nom

Prénom

Adresse

N°voie,
Rue,
Boulevard

Code postal

Ville

Tél fixe

Tél portable

Tél travail

Lien de parenté

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

- Oui
 Non

Si oui, en cas de décès au sein du logement foyer, 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)

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

Logement foyer Hôpital

Autre (*préciser*) _____

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

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

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

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal :

Aspects financiers

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

Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

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

La personne 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

Date d'entrée souhaitée : Immédiat Dans les 6 mois Échéance plus lointaine

Date de la demande

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal :

Déclaration de descendance

Je soussigné(e)

déclare AVOIR – NE PAS AVOIR de descendance.

Si descendance, complétez le tableau suivant :

NOMS	PRENOMS	ADRESSE	TELEPHONE

Date :

Signature :

Engagement de paiement des obligés alimentaires (*un engagement par enfant*)

Je soussigné(e) Monsieur, Madame

en qualité d'obligé alimentaire de Monsieur, Madame

m'engage à régler sur présentation de facture, la pension et les dépenses annexes de Monsieur, Madame

au titre de son séjour dans l'établissement foyer-logement « Les Rocailles du Verger ».

Voir l'annexe 1

Fait à

le

Signature précédée de la mention « Bon pour accord, lu et approuvé »

Je soussigné(e) Monsieur, Madame

en qualité d'obligé alimentaire de Monsieur, Madame

m'engage à régler sur présentation de facture, la pension et les dépenses annexes de Monsieur, Madame

au titre de son séjour dans l'établissement foyer-logement « Les Rocailles du Verger ».

Voir l'annexe 1

Fait à

le

Signature précédée de la mention « Bon pour accord, lu et approuvé »

Engagement de paiement des obligés alimentaires (*un engagement par enfant*)

Je soussigné(e) Monsieur, Madame

en qualité d'obligé alimentaire de Monsieur, Madame

m'engage à régler sur présentation de facture, la pension et les dépenses annexes de Monsieur, Madame

au titre de son séjour dans l'établissement foyer-logement « Les Rocailles du Verger ».

Voir l'annexe 1

Fait à

le

Signature précédée de la mention « Bon pour accord, lu et approuvé »

Je soussigné(e) Monsieur, Madame

en qualité d'obligé alimentaire de Monsieur, Madame

m'engage à régler sur présentation de facture, la pension et les dépenses annexes de Monsieur, Madame

au titre de son séjour dans l'établissement foyer-logement « Les Rocailles du Verger ».

Voir l'annexe 1

Fait à

le

Signature précédée de la mention « Bon pour accord, lu et approuvé »

ANNEXE 1

(à lire)

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 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. »

DOSSIER MEDICAL

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 :

--

Symptômes Psycho-Comportementaux	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		

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

Soins techniques	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

--

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 :



Logement Foyer « 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 complété au logement foyer

Signature :



Coupon-réponse
(à remettre au logement foyer)

Monsieur, Madame

atteste que le logement foyer a envoyé par courrier ou a remis en main propre le dossier de demande

d'admission le

Le dossier complété a été retourné au logement foyer le

Date :

Signature :