


MODALITES CONCERNANT UNE ENTREE

MEDECIN COORDONNATEUR

DOCTEUR HUBERT DELAUME

 04.73.63.64.12


BUREAU DES ENTREES

 04.73.63.64.12

Ouvert du lundi au vendredi de 8 heures à 17 heures.

CADRE DE SANTE

MADAME JOUBERT

 04.73.63.49.76

Présente du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures

Les dossiers d'inscriptions sont à faire parvenir au bureau des entrées dûment complétés soit par courrier, soit aux heures d'ouverture.

Pour des renseignements complémentaires, il est possible de joindre par téléphone le bureau des entrées ou la cadre de santé aux horaires prévus à cet effet.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX

En vue d'une admission en établissement d'accueil pour personnes âgées

ETAT CIVIL

NOM & Prénom : **NOM de jeune fille** :
Date / lieu de naissance : / / à.....
Nationalité :
Situation de famille : Veuf(ve) - Marié(e) - Divorcé(e) - Célibataire - Vit maritalement (*razer les mentions inutiles*)
Ancienne profession :
Adresse personnelle :
 |_|_|_|_|_|
Adresse actuelle :
 |_|_|_|_|_|
N° de téléphone :

COORDONNEES DE LA FAMILLE OU DE L'ENTOURAGE

NOM : **Prénom** : **Lien de parenté** :
Adresse :
N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

NOM : **Prénom** : **Lien de parenté** :
Adresse :
N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

NOM : **Prénom** : **Lien de parenté** :
Adresse :
N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

NOM : **Prénom** : **Lien de parenté** :
Adresse :
N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

PERSONNE REFERENTE A PREVENIR

NOM : **Prénom** : **Lien de parenté** :
Adresse :
.....
N° de tél. du domicile : / / / / N° de tél. du travail : / / / /

RESSOURCES

RETRAITE PRINCIPALE DE L'INTERESSE

Caisse(s)..... Numéro

Montant (mois)

RETRAITES COMPLEMENTAIRES

Caisse(s)..... Numéro

Montant (mois)

RETRAITE PRINCIPALE DU CONJOINT

Caisse(s)..... Numéro











Montant (mois)

RETRAITE COMPLEMENTAIRES DU CONJOINT

Caisse(s)..... Numéro

Montant (mois)

AUTRES RESSOURCES

-  Pension d'invalidité
-  Pension d'invalidé de guerre
-  Pension de veuve de guerre
-  Allocation compensatrice pour tierce personne
-  Majoration pour tierce personne
-  Allocation adulte handicapé
-  Revenus fonciers
-  Rentes viagères
-  Rente accident du travail
-  Pension alimentaire

Montant (mois)

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

RAISONS MOTIVANT VOTRE DEMANDE D'ADMISSION

✚ Aggravation de votre état de santé Oui Non

✚ Maintien à domicile devenu difficile Oui Non

- Logement inadapté Oui Non

- Isolement Oui Non

✚ Autres (précisez)

✚ Votre séjour sera-t-il temporaire ? Oui Non

- Si oui, précisez la période

✚ Date souhaitée d'admission

✚ Avez-vous déjà séjourné dans un établissement d'accueil ?

Oui, lequel ?..... Non

✚ Un service social vous aide-t-il régulièrement dans vos démarches ? Oui Non

Coordonnées du service et de la personne

✚ Autres renseignements que vous jugerez utiles de nous communiquer

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

NOM du signataire (en lettres capitales)

Date

Signature

PIECES A JOINDRE

Ces pièces peuvent être facultatives au moment de l'inscription mais seront obligatoires à l'admission

A L'INSCRIPTION

- Photocopies
- Livret de famille ou carte d'identité
 - Justificatifs récents de toutes les ressources
 - Dernier avis d'imposition ou non imposition

LORS DE L'ADMISSION

- Photocopies
- Attestation d'assuré social en cours de validité (document joint à la carte vitale)
 - Carte de mutuelle
 - Carnet de soins gratuits (art. 115)
 - Carte d'invalidité
 - Jugement de tutelle
 - Notification d'admission à l'Aide Sociale à l'Hébergement

Pour les personnes qui demandent à rentrer en service de Long Séjour

- Imprimé d'engagement de payer
- Accord du médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie sur demande du médecin traitant, pour la prise en charge du forfait soins (sauf pour les personnes venant directement de l'Hôpital)