###### 

**Date de la demande :**

**Date d’entrée en établissement :**

**N° Chambre :**

###### ***aepa***

*Camille Claudel*

« Résidence Camille CLAUDEL»

DOSSIER D’INSCRIPTION

# **etat civil**

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

N° de Sécurité Sociale :







Caisse de Sécurité Sociale :

Mutuelle :

Nom du Médecin Traitant :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Situation familiale : ❑ célibataire ❑ divorcé(e) ou séparé(e)

❑ marié(e) ❑ veuf(ve)

Adresse :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone :

Motif de la demande :

Protection Juridique :

Bénéficiez-vous d’une protection juridique ? ❑ Oui ❑ Non

❑ Demande en cours

❑ Sauvegarde de justice  / ❑ Tutelle / ❑ Curatelle

Type d’hébergement recherché :

❑ Longue durée ❑ Accueil de jour ❑ Repas midi

Entrée en établissement : ❑ urgente

❑ non urgente (vers quelle période) :

# INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

**AIDE SOCIALE** *(Toute personne âgée qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour payer ses frais d'hébergement peut solliciter une aide sociale du Conseil général pour couvrir en totalité ou en partie ses frais de séjour (loyers), sous réserves de respecter certaines conditions. L'aide sociale a le caractère d'une avance qui peut être récupérée par le département lorsque son bénéficiaire s'est enrichi, ou sur sa succession en cas de décès)*

Une demande d’aide sociale est-elle à prévoir ? ❑ Oui ❑ Non

La personne bénéficie-t-elle déjà de l’aide sociale ? ❑ Oui ❑ Non

**ALLOCATION LOGEMENT**

Une demande d’aide au logement est-elle en cours ? ❑ Oui ❑ Non

La percevez-vous actuellement ? ❑ Oui ❑ Non.

Si oui, quel est le numéro d’allocataire et le nom de l’organisme :

**APA : ALLOCATION PERSONNALISEE D’AUTONOMIE**

Bénéficiez-vous actuellement de cette aide ? ❑ Oui ❑ Non

# LES RESSOURCES

**VOUS**

Profession avant la retraite :

**• Organismes de retraite**

Nom et adresse de la caisse Montant mensuel ou Montant trimestriel

• Autre ressources (loyers, viagers, etc)

**VOTRE CONJOINT**

Profession avant la retraite :

**• Organismes de retraite**

Nom et adresse de la caisse Montant mensuel ou Montant trimestriel

• Autre ressources (loyers, viagers, etc)

# personnes a contacter pour la suite du dossier

➊ Nom :

Prénom :

Adresse :

Lien de parenté :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone domicile :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone portable :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone travail :

Courriel :

➋ Nom :

Prénom :

Adresse :

Lien de parenté :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone domicile :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone portable :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone travail :

Courriel :

➌ Nom :

Prénom :

Adresse :

Lien de parenté :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone domicile :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone portable :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone travail :

Courriel :

➍ Nom :

Prénom :

Adresse :

Lien de parenté :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone domicile :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone portable :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Téléphone travail :

Courriel :

# situation

Ou résidez-vous actuellement ?

❑ A votre domicile

❑ Chez vos enfants

❑ En établissement / Nom et service à indiquer :

❑ Autres précisez :