



**DEMANDE DE RESERVATION D'UN APPARTEMENT
FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

ETAT CIVIL

M. Mme Melle

NOM Prénom

Nom de Jeune fille

Date et lieu de naissance à

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

CONDITIONS ACTUELLES DE LOGEMENT

Adresse

Téléphone

Vous êtes actuellement :

1 – HEBERGE(E)

Par votre famille

Par des amis

3 – LOCATAIRE

du parc HLM

du parc privé

Logement fonction

2 – PROPRIETAIRE

Si vous êtes locataire indiquez :

Nom et adresse de l'organisme	Montant du loyer	Montant des charges

RESSOURCES ACTUELLES

Nom et adresse de la caisse retraite	N° d'Identification	Montant mensuel

VOTRE ENTOURAGE

Nom	Adresse	N° téléphone	Lien de parenté

RENSEIGNEMENTS DIVERS

N° de Sécurité Sociale N° Mutuelle

N° Allocataire CAF.....

Votre profession avant la retraite

Nom et adresse du Médecin actuel

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée à l'autonomie (APA) oui non

Si oui quel est votre groupe GIR : 1 2 3 4 5 6

« J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus »

A LUDRES, le

Signature

VOS ATTENTES – VOS LOISIRS (plusieurs réponses possibles)

Les motifs de votre demande d'entrée à la résidence

- Changer les conditions de logement (logement trop grand, trop bruyant, insalubre, inconfortable...)
Précisez : _____
- Dégradation de l'état de santé (besoin d'une prise en charge plus appropriée)
- Divorce, séparation
- Décès du conjoint
- Besoin de se sentir en sécurité
- Volonté de gagner de la tranquillité, de retrouver une certaine indépendance et ne pas être un « poids » pour les proches
- Réduction des ressources
- Rapprochements des descendants
- Autres : Précisez _____

Vos activités et loisirs principaux actuels

- Ecouter la radio, regarder la télévision, écouter de la musique
- Lire
- Sortie, promenades
- Jardinage
- Cinéma
- Fait parti d'un club ou d'une association
Précisez quelle est l'activité _____
- Activités personnelles (tricot, mots croisés, jeux...)
Précisez : _____
- Internet (recherches d'informations, jeux, réseaux sociaux...)
Précisez : _____
- Collectionneur (euse) Précisez _____
- Autres loisirs _____
- Aucun loisirs

En dehors de l'hébergement, qu'attendez-vous des prestations offertes par la résidence

LISTE DES PIÈCES
à joindre à la demande de réservation d'un appartement

Liste des pièces	Remis
IDENTITE	
Copie du livret de famille	
Pour les personnes de nationalité étrangère : titre de séjour	
Copie de la Carte d'assuré social	
Copie de la Carte de mutuelle	
JUSTIFICATIFS DE RESSOURCES	
Dernier avis d'imposition ou de non imposition	
Notification de la Caisse d'allocations familiales	
JUSTIFICATIFS DE DOMICILIATION	
Pour les locataires : dernière quittance de loyer	
Pour les propriétaires : photocopie de la taxe foncière	
Pour les personnes hébergées : certificat d'hébergement sur papier libre	
AUTONOMIE	
Certificat d'autonomie délivré par le médecin traitant datant de moins de 2 mois	
Un justificatif de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) ou de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne si vous en bénéficiez.	

A faire remplir par le médecin traitant et à adresser sous pli cacheté

Objet: demande d'appartement résidence autonomie

NOM:

Prénom:

Date de naissance:

Groupe GIR:

 1

 2

 3

 4

 5

 6

VARIABLES	A	B	C
COHÉRENCE Conserver et/ou se comporter de façon logique et sensée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments de la journée/dans les lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE HAUT/BAS DU CORPS Assurer son hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABILLAGE S'habiller, se déshabiller, se présenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTATION Se servir et manger les aliments préparer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÉLIMINATION URINAIRE / FÉCALE Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANSFERTS Se lever, se coucher et s'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉPLACEMENT A L'INTERIEUR Utilisation par la personne seule de cannes, déambulateur ou d'un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉPLACEMENT A L'EXTÉRIEUR La personne est dehors lorsqu'elle a franchi la porte extérieure de la maison ou du bâtiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMMUNICATION A DISTANCE Utiliser les moyens de communication à distance : téléphone, alarme, téléalarme dans un but d'alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A: Fait seul les actes quotidiens (spontanément, totalement, habituellement et correctement).

B: Fait partiellement (non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement).

C: Ne fait pas (ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement).

Les réponses aux questions ci-dessous n'ont pas d'incidence sur la détermination du groupe GIR

Votre patient peut-il faire seul les actes suivants?

	Oui	Non
Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire son ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire la cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre son traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer son budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoins en soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoins de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre patient a-t-il besoin d'aides techniques? (cannes, déambulateur, fauteuil roulant, lit médicalisé, lève malade...):

Avis du médecin sur l'opportunité et l'urgence de la demande:

En dehors des éléments repris dans la grille AGGIR, aucun handicap, névrose ou pathologie spécifique n'est à déclarer et que la vie en communauté de M..... n'est pas incompatible avec son état de santé.

certificat rempli le

cachet et signature du médecin