

Nom/Prénom :
Date :

DOSSIER COMMUN D'INSCRIPTION EN ETABLISSEMENT - FICHE ADMINISTRATIVE -

ETABLISSEMENT

IDENTITE
Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance : Lieu :
Nationalité :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Numéro de téléphone :

SITUATION FAMILIALE
Vit seule : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nombre d'enfants :

ORIGINE DE LA DEMANDE
<input type="checkbox"/> La personne elle -même
<input type="checkbox"/> Un parent - lien de parenté.....
<input type="checkbox"/> Les services sociaux et/ou de tutelle
<input type="checkbox"/> Le médecin traitant
<input type="checkbox"/> La structure précédente.....
<input type="checkbox"/> Autres (à préciser).....

MOTIF DE LA DEMANDE	
<input type="checkbox"/> Accueil permanent	<input type="checkbox"/> Changement de structure pour raisons personnelles ou familiales
	<input type="checkbox"/> Suite d'hospitalisation avec retour à domicile impossible
	<input type="checkbox"/> Aggravation de l'état de dépendance
	<input type="checkbox"/> Conjoint (e) décédé (e) ou perte de soutien familial
	<input type="checkbox"/> Isolement, insécurité trop forte pour rester à domicile
	<input type="checkbox"/> Inadaptation du logement
	<input type="checkbox"/> Autres causes (à préciser).....

<input type="checkbox"/> Accueil temporaire	<input type="checkbox"/> Transition après hospitalisation pour préparer le retour à domicile
	<input type="checkbox"/> Difficultés momentanées de vie à domicile pour causes saisonnières
	<input type="checkbox"/> Difficultés momentanées de vie à domicile pour autres causes
	<input type="checkbox"/> Soulagement soutien familial
	<input type="checkbox"/> Période d'essai de vie en collectivité
	<input type="checkbox"/> Autres causes (à préciser).....

La personne est-elle informée de son inscription en établissement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--

La personne a-t-elle donnée son accord? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DELAJ SOUHAITE	
<input type="checkbox"/> Le plus tôt possible	<input type="checkbox"/> Dans les 6 mois
<input type="checkbox"/> Dans l'année	<input type="checkbox"/> Sans délai précis
Hébergement temporaire (Préciser la période et les dates souhaitées)	
.....	
.....	

Nom/Prénom:
Date :

DOSSIER COMMUN D'INSCRIPTION EN ETABLISSEMENT - FICHE ADMINISTRATIVE -

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	
Allocation Personnalisée d'Autonomie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Si oui dans quel département : <input type="checkbox"/> Côtes d'Armor <input type="checkbox"/> Ille et Villaine <input type="checkbox"/> Autres (à préciser)	
Caisse(s) de retraite principale et complémentaire(s) (nom (s) et adresse (s))
Numéro et caisse de Sécurité Sociale*
Mutuelle*:
Mesure de protection	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Nom et Coordonnées de la personne en charge du dossier	
<input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	

ENTOURAGE			
Personne référente			
NOM/Prénom	Adresse	Téléphone	Liens familiaux
Personnes à prévenir (par ordre de priorité)			
NOM/Prénom	Adresse	Téléphone	Liens familiaux

*Attestation à fournir au moment de l'admission

Fait à : Le:
Nom et signature.....

***Nous vous remercions de prévenir les établissements non retenus dès que vous aurez obtenu satisfaction auprès d'un établissement du secteur**