

Personne concernée par la demande d'admission

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :


Date de naissance : / /19.....

**DOSSIER UNIQUE
DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES**

- VOLET ADMINISTRATIF -

Date de la demande / /20..... (à compléter par le demandeur)
Type d'hébergement recherché	<input type="checkbox"/> temporaire <input type="checkbox"/> définitif
Date de réception de la demande	 (cachet de réception de l'établissement)

Personne concernée par la demande d'admission

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Nom de jeune fille</u>			
<u>Date et lieu de naissance</u>			
<u>Age au moment de la demande</u>			
<u>Sexe</u>	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin	
<u>Situation de famille</u>	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf/veuve <input type="checkbox"/> Vie maritale
<u>Enfants</u>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez combien : dont décédés :		
<u>Lieu de vie</u>	<input type="checkbox"/> domicile personnel / précisez si : <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> usufruitier <input type="checkbox"/> chez un proche <input type="checkbox"/> en famille d'accueil <input type="checkbox"/> en hébergement social ou médico-social (EHPAD, EHPA, foyer-logement...) <input type="checkbox"/> en établissement sanitaire (établissement de santé, soins de suite, long séjour...)		
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		
<u>Médecin traitant</u>	Nom + prénom		
			
<u>Ville d'exercice</u>			

Demandeur — partie à compléter si le demandeur n'est pas la personne concernée par la demande

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Nom de jeune fille</u>			
<u>Lien avec l'intéressé(e)</u>	<input type="checkbox"/> Conjoint/conjointe <input type="checkbox"/> Gendre/belle-fille	<input type="checkbox"/> Fils/fille <input type="checkbox"/> Neveu/nièce	<input type="checkbox"/> Frère/sœur <input type="checkbox"/> autre :
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		

La personne faisant l'objet de la demande :

- est-elle informée de la démarche ? oui non
- est-elle d'accord avec cette démarche ? oui non

Commentaires :

Motif(s) de la demande d'admission

Admission rapide souhaitée ? oui non

Coordonnées des proches de la personne concernée par la demande

Conjoint(e)

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Nom de jeune fille</u>			
<u>Lien avec l'intéressé(e)</u>	<input type="checkbox"/> Epoux/épouse <input type="checkbox"/> union libre		
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		

Enfant(s)

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Adresse</u>		
<u>Téléphone</u>	Fixe : Portable :		

Ressources (revenus issus des pensions, retraites complémentaires et autres)

<u>Caisse de retraite principale</u>	Nom organisme payeur : Adresse : Montant perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle
<u>Caisses de retraite complémentaires</u>	Nom organisme payeur : Adresse : Montant perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <hr/> Nom organisme payeur : Adresse : Montant perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <hr/> Nom organisme payeur : Adresse : Montant perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle
<u>Autres</u>	Nom organisme payeur 1: Adresse : Montant perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <hr/> Nom organisme payeur 2: Adresse : Montant perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle
<u>Aides sociales</u>	Montant APL perçu : € Précisez la fréquence de ce montant : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuell

Fait à, le.....

Je, soussigné(e),
 (nom et prénom du demandeur)
 certifie exactes les informations déclarées dans ce document.

Signature :