



Date de la demande :

Domicile Partagé « Résidence Les Courlis »

DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ETAT-CIVIL DU DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse au moment de la demande :

Code Postal : Commune : Tél. :

Situation de famille : Marié(e) Vie maritale Pacsé(e) Célibataire Veuf(ve)
 Divorcé(e) Séparé(e)

Le demandeur vit : Seul(e) Avec son conjoint En famille En établissement

Le demandeur est bénéficiaire de : Aide à domicile Soins infirmiers

Le demandeur est bénéficiaire d'aide financière du Conseil départemental : Oui Non

A.P.A. Aide Personnalisée d'Autonomie (GIR 5 4 3 2)

RESSOURCES

Retraite principale : Régime général Régime agricole Autre :

Montant mensuel :

Retraite complémentaire :

Montant mensuel :

Autres revenus :

Montant mensuel :

SUIVI MÉDICAL

Nom du Médecin traitant :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél. 1 : Tél. 2 :

Autre(s) médecin(s) :

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél. 1 : Tél. 2 :

ETAT-CIVIL DU REPRÉSENTANT LÉGAL / RÉFÉRENT*

Nom : Prénom :

S'il y a lieu, Nom d'usage :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél. fixe : Tél. mobile :

E-mail : @

Lien de parenté :

*Le référent familial est l'interlocuteur privilégié du CCAS pour tout ce qui concerne le suivi administratif du dossier lié à l'entrée dans le Domicile Partagé. Toute information essentielle, tout document ou tout courrier pouvant intéresser les proches du locataire seront envoyés exclusivement au référent familial, à charge pour lui d'en assurer la diffusion aux personnes de son choix.

La désignation du référent familial n'exclut en rien les droits et obligations des proches du locataire en qualité de proches aidants, tels que définis par l'article L.113-1-3 du code de la famille et de l'action sociale.

Le référent familial désigné ci-dessus s'engage à délivrer au CCAS les informations essentielles le concernant. À tout moment, le locataire a la liberté de changer de référent familial. Il en informe par simple lettre le CCAS.

Madame, Monsieur demande avec l'accord de la personne âgée concernée, l'installation dans le domicile partagé dans un délai : immédiat, de 3 mois, de 6 mois, + de 6 mois, et demande l'intervention d'assistant(e)s de vie 24/24h.

Le / / à

Signature

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- Certificats médicaux
 - Évaluation médicale (imprimé ci-joint)
 - Certificat médical précisant que la personne est apte à vivre à domicile, en colocation, au sein d'un domicile partagé

- Photocopie de la notification GIR

COORDONNÉES

Domicile Partagé – Résidence « Les Courlis »

2, Allée Er Votenn Vras

56640 ARZON

☎ 09.67.49.31.23

Pour tout renseignement administratif s'adresser au

CCAS d'Arzon

2, Rue de la Poste

56640 Arzon

☎ 02.97.53.73.06

@ contact.ccas@arzon.fr

Ouvert du Lundi au Vendredi
de 09h00 à 12h30 et de 14h00 à 17h00

Les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la mairie d'Arzon. Le but est de collecter les informations nécessaires à l'ouverture du dossier du futur résident du Domicile partagé « Résidence Les Courlis ».

Ces données seront conservées jusqu'à la résiliation du bail et sont destinées au CCAS de la mairie d'Arzon.

Conformément à la loi « RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant :

accueil.ccas@arzon.fr



CERTIFICAT MÉDICAL

À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE : DGISS - DA - SPI
PÔLE APA - 64 RUE ANITA CONTI - 56 000 VANNES
À REMETTRE AU MÉDECIN SOUS PLI CONFIDENTIEL
À L'ATTENTION DU MÉDECIN ÉVALUATEUR

Docteur,

Votre patient a déposé une demande auprès du Département (APA, aide-ménagère/ portage de repas, dérogation d'âge, entrée dans un dispositif spécifique...).

Pour permettre d'apprécier au mieux ses besoins, je vous invite à compléter cette évaluation médicale et à la lui remettre **sous pli confidentiel**. Ce document est particulièrement nécessaire en cas de première demande pour connaître votre patient.

Si vous le souhaitez et pour éviter un retranscription des informations, vous pouvez transmettre la copie du certificat médical que vous auriez complété pour un dossier d'admission en EHPAD ou pour une demande auprès de la MDPH, ou bien un extrait de votre dossier médical reprenant les différents items.

Je vous remercie par avance de ce que vous ferez pour votre patient.

Confraternellement

Le médecin évaluateur des prestations individuelles
(DIRECTION GÉNÉRALE DES INTERVENTIONS SANITAIRES ET SOCIALES)

Madame Monsieur

Nom d'épouse : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

// PATHOLOGIE(S) PRINCIPALE(S) RESPONSABLE(S) DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE VOTRE PATIENT

(précisez la date d'apparition)

•
•

// AUTRE(S) PATHOLOGIE(S) OU DÉFICIENCE(S) ASSOCIÉE(S)

•
•
•
•

Déficiência visuelle : oui non

Déficiência auditive : oui non

Poche de colostomie : oui non

Sonde urinaire : oui non

Fausse(s) route(s) : oui non

Sonde d'alimentation : oui non

Oxygénothérapie : oui non

Poids : _____ Taille : _____

// QUEL TYPE D'AIDE AVEZ-VOUS MIS EN ŒUVRE POUR VOTRE PATIENT

fauteuil roulant canne(s) déambulateur kinésithérapie soins de nursing

suivi spécialisé : _____ autre : _____

// DEPLACEMENTS

Périmètre de marche : < 200 m > à 200m

Station debout pénible : oui non

// TRAITEMENT MÉDICAL (ou joindre une copie de la dernière ordonnance)

-
-
-
-

// VOTRE PATIENT A-T-IL BESOIN DE L'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE OU D'UNE STIMULATION POUR EFFECTUER LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ?

	TIERCE PERSONNE		STIMULATION		Commentaire éventuel - précision sur les besoins ou sur le type d'intervention
Se lever du lit et/ou se coucher	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Se lever d'une chaise et des WC et s'asseoir	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Marcher dans son logement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Gérer la propreté de l'élimination	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Manger	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

// VOTRE PATIENT PEUT-IL RÉALISER SEUL LES ACTES SUIVANTS ?

	OUI	NON	Commentaire éventuel - précision sur les besoins ou sur le type d'intervention
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire la cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer son traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer son budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

// VOTRE PATIENT PRÉSENTE-T-IL LES TROUBLES SUIVANTS ?

		OUI	NON	Commentaire éventuel - précision sur les besoins ou sur le type d'intervention
Déficit cognitif	Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Troubles du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MMS (si connu)/30	Troubles pratique/gnosique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Désorientation temporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Désorientation spatiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes psycho- comportementaux	Délire/Hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Troubles du comportement Agitation, agressivité, cris, désinhibition, déambulation ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autres (troubles du sommeil, des conduites alimentaires...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Appréciation globale sur l'autonomie de votre patient et, le cas échéant, sur son maintien à domicile :

Date : _____

Cachet et signature du médecin