



Dossier d'inscription Résidence Autonomie Kéric an Oll



ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Monsieur Madame

Nom de famille Nom de jeune fille

Prénom(s)

Date de naissance Lieu de naissance

Profession antérieure

Adresse

Numéro de voie, rue, boulevard

Code postal Ville

Téléphone fixe Portable

Email

Situation familiale

Célibataire Couple Marié(e) Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) :

Mesure de protection juridique

Oui Non En cours

Si oui, Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection futur



REPRESENTANT LEGAL SI MESURE DE PROTECTION

Nom de l'organisme

Nom prénom du mandataire

Adresse

Téléphone fixe Portable

Email



PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par l'intéressé(e) ? Oui Non

Si oui :

Nom de famille Nom de jeune fille

Prénom(s)

Date de naissance Lieu de naissance

Numéro de voie, rue, boulevard

Code postal Ville

Téléphone fixe Portable

Email

Lien de parenté avec l'intéressé(e)



DEMANDE

Type d'hébergement demandé T1 (17.5m²) T1 bis (27.5m²)

Situation de l'intéressé(e) au moment de la demande :

Domicile Chez un enfant / proche

EHPAD Hôpital

Accueil de jour Résidence autonomie

Motif de la demande :

Sortie d'hôpital avec impossibilité de retour à domicile

Inadaptation du logement

Transition après l'hôpital pour assurer un retour

Difficultés momentanées de vie à domicile

Conjoint décédé ou perte de soutien familial

Conjoint hospitalisé

Isolement – sentiment d'insécurité trop fort pour rester à domicile

Autres, précisez



COORDONNEES DE LA PERSONNE A CONTACTER POUR LE SUIVI DE LA DEMANDE

Nom de famille Nom de jeune fille

Prénom(s)

Numéro de voie, rue, boulevard

Code postal Ville

Téléphone fixe Portable

Email



PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'EVENEMENT APRES L'ADMISSION

Nom de famille Nom de jeune fille

Prénom(s)

Numéro de voie, rue, boulevard

Code postal Ville

Téléphone fixe Portable

Email

Lien de parenté avec l'intéressé(e)



PROTECTION SOCIALE

N° de sécurité sociale

Nom de la caisse

Adresse



MUTUELLE

Oui Non

Nom de l'organisme

Adresse

.....



RESSOURCES

Comment l'intéressé(e) finance le séjour ? Aide financière :

Seul(e) Aide d'un proche Aide d'un tiers Aide sociale à l'hébergement

Caisse de retraite principale

Nom de la caisse

Adresse

Caisse de retraite complémentaire

Nom de la caisse

Adresse

Autres revenus

.....

Engagement à payer à compléter

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Oui Non En cours Si oui, quel est votre GIR ?



INTERVENTION D'UNE AIDE MENAGERE A DOMICILE

Oui Non

Nom de la structure

Adresse

Téléphone

Nom de l'aide-ménagère



CABINET INFIRMIER

Nom

Adresse

Téléphone



MEDECIN TRAITANT

Nom

Adresse

Téléphone



PHARMACIE

Nom

Adresse

Téléphone



AMBULANCE / TAXI

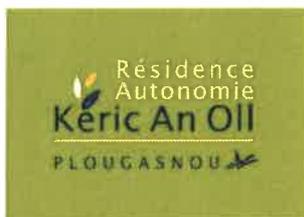
Nom

Adresse

Téléphone

Fait à, le

Signature du demandeur ou de son représentant légal



Dossier d'inscription Liste des pièces

Le dossier d'inscription complet comprend :

- le formulaire d'inscription complété
- le formulaire médical complété par un médecin
- une photocopie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance
- une photocopie de la carte d'identité ou du passeport
- une photocopie de la carte vitale et de l'attestation de l'assuré(e)
- une photocopie de la carte de mutuelle
- une photocopie de la dernière déclaration de revenus ou du dernier avis d'imposition ou de non-imposition ou une photocopie des derniers justificatifs de pension
- le cas échéant la caution solidaire des obligés alimentaires
- l'engagement à payer complété et signé
- une photographie récente (d'identité ou de face)

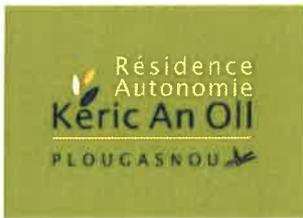
Seuls les dossiers complets seront soumis en commission d'admission. Ce dossier vaut inscription sur la liste d'attente. En aucun cas le dépôt d'un dossier ne représente une admission.

En cas d'admission, vous seront remis :

- le livret d'accueil comprenant la charte des droits et libertés de la personnes accueillie
- les tarifs en vigueur

A votre entrée dans le logement vous devrez :

- fournir une attestation d'assurance habitation
- verser un chèque de caution équivalent à 30 jours de loyer
- signer le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement
- remplir le formulaire relatif au droit à l'image
- renseigner le formulaire relatif au régime alimentaire
- le cas échéant fournir une copie de votre dernière ordonnance
- l'attestation de la dernière vaccination contre le COVID



Engagement à payer

Article L.314-12-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Je soussigné(e)

Nom Prénom.....

Adresse

.....

Je m'engage à régler les frais de séjour de :

- Moi-même

- (1) M. /Mme Prénom.....

Lien de parenté :

- M. /Mme Prénom.....

Lien de parenté :

- M. /Mme Prénom.....

Lien de parenté :

A compter de mon¹ / son entrée à la Résidence autonomie Keric an Oll le/...../.....

Je reconnais avoir été informé(e)

- du tarif journalier d'hébergement (loyer, charges, nourriture) en vigueur à la date de l'admission,

- des dispositions de l'article L.314-12-1 du CASF selon lesquelles « Les établissements sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours, s'il y a lieu, contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales. »

- qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par la Résidence Autonomie Keric an Oll devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal judiciaire de Brest.

Il est reconnu que le prix journalier d'hébergement peut être révisé par l'autorité de tarification. Dans ce cas, le prix sera facturé aux résidents dont le bail court au jour de l'application du nouveau tarif.

« Lu et approuvé »

Signature

¹ Si le soussigné n'est pas le résident

DOSSIER MEDICAL COMMUN D'INSCRIPTION EN ETABLISSEMENT

Document médical confidentiel à renseigner par le médecin en collaboration avec l'initiateur de la demande
A mettre sous **pli confidentiel**

à compléter par l'établissement

Date d'inscription Précaution Urgence Autre

N° d'inscription

LA PERSONNE CONCERNEE

NOM/PRENOM

Date de naissance

Lieu de vie actuel¹

Adresse

N° de téléphone

Est-elle informée de la demande? oui non

En accord avec cette demande?
1 chez les enfants, à domicile, en établissement.... oui non

DEMANDE FAITE PAR

NOM/PRENOM

Qualité²

N° de téléphone

2 lien de parenté

MOTIFS DE LA DEMANDE

Changement de structure

Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres

TYPE D'HEBERGEMENT DEMANDE

Hébergement temporaire oui non

Hébergement permanent oui non

Accueil de jour oui non

Accueil de nuit oui non

Accueil d'urgence oui non

MESURE DE PROTECTION

oui non

NOM/PRENOM

Adresse

N° de téléphone

PERSONNE A CONTACTER POUR LA SUITE DU DOSSIER

NOM/PRENOM

Adresse

N° de téléphone

FICHE DE DEPENDANCE (AGGIR)

	A	B	C
Toilette	Haut bas		
Habillage	Haut Moyen Bas		
Alimentation	Se servir Manger		
Elimination	Urinaire Fécale		
Transfert			
Déplacement	à l'intérieur à l'extérieur		
Communication pour alerter			
Orientation			
Cohérence			

calcul du GIR

FONCTIONS SENSORIELLES

	bonne	moyenne	mauvaise
Vision			
Audition			

APPAREILLAGES

Fauteuil roulant oui non

Lit médicalisé

Autres (préciser)

REGIME ALIMENTAIRE

Si Oui, lequel

Sonde naso gastrique
GPE

MEDECIN TRAITANT

NOM/PRENOM

Commune

N° de téléphone

PERSONNE DE CONFIANCE

NOM/PRENOM

Lien de parenté

Adresse

N° de téléphone

N° de portable

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

	oui	non
Agitation		
Agressivité		
Déambulation		
Conduite à risques		
Alcool		
Diurne / Nocture		
Diurne / Nocture		
Diurne / Nocture		
Tabac		
Alcool		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES

Localisation

Stade

Durée du soin

Type pansement

REEDUCATION

oui non

OXYGENOTHERAPIE

oui non

INTERVENANTS EXTERIEURS

Auxiliaire de vie

Infirmière ou service

Kinésithérapeute

Autre (préciser)

oui non

TRAITEMENT(S) EN COURS

PATHOLOGIES ACTUELLES

ALD

ANTECEDENTS

Médicaux

Chirurgicaux

GERE SEUL SON TRAITEMENT

oui non

MEDECINS SPECIALITES

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

ALLERGIES (dont MEDICAMENTEUSES)

Précisez oui non

TAILLE

POIDS

VACCINATIONS (dates des derniers rappels)

Anti-tétanique
Anti-pneumococcique
Anti-grippal

**DATE ET SIGNATURE
DU MEDECIN TRAITANT**
(cachet obligatoire)

3 cocher les pathologies

Par avance, merci de votre coopération.

Nous vous demandons de bien vouloir confirmer cette inscription chaque année par écrit, ainsi que tout changement de situation.

Validé par l'Association des Médecins Coordonnateurs du Finistère et des Côtes d'Armor, l'Ordre des Médecins du Finistère et des Côtes d'Armor, et la DDASS du Finistère, mai 2008