

# DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN RESIDENCE AUTONOMIE

**Résidence Ambroise Croizat**  
**28 rue des Rossignols – 95190 Goussainville**  
**Tél : 01 39 88 83 43**



**Données personnelles :** Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), gestionnaire de la Résidence Ambroise Croizat, veille au respect des dispositions de la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi que celles du règlement européen sur la protection des données personnelles n°2016/679 du 27 avril 2016. Les données recueillies dans ce formulaire sont destinées à la Résidence Ambroise Croizat dans le but unique de traiter la demande d'admission de l'utilisateur. Le CCAS s'engage à n'opérer aucune commercialisation des informations et documents transmis par l'utilisateur, et à ne pas les communiquer à des tiers, en dehors des cas prévus par la loi. L'utilisateur, en vertu du règlement européen sur la protection des données personnelles, peut avoir accès aux données le concernant, demander leur rectification et leur suppression. Ces démarches s'effectuent auprès du Président du CCAS, Maison des Solidarités Danielle Mitterand, 68 Bd P. V. Couturier 95190 GOUSSAINVILLE.

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus et accepter que mes données soient traitées par la Résidence Ambroise Croizat.

**Signature de l'utilisateur :**

## ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
(Suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom (s)

Date de naissance

Lieu de naissance

pays ou département

Nationalité .....

N° d'immatriculation sécurité sociale.....

### **ADRESSE**

N° voie, rue, boulevard

.....

Code postal .....

Commune/Ville .....

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email.....

### **SITUATION FAMILIALE**

Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  Pacsé(e)

Veuf (ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfants .....

**MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE** OUI  NON  En cours

Si oui, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice

### **COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL (le cas échéant)**

Nom & prénom : \_ \_ \_ \_ \_

Adresse : \_ \_ \_ \_ \_

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email.....

**COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE  
DEMANDE (REFERENT DU DOSSIER)**

La personne concernée elle-même

OUI

NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter

Nom de famille (de naissance)

(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

.....

Code postal Commune/Ville

.....

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ -

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

**ORIGINE ET CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION**

**ORIGINE DE LA DEMANDE :**

- La personne elle-même
- Un établissement hospitalier (à préciser : - - - - -)
- Sa famille
- Le médecin traitant
- Service social
- Une tutelle
- Autre (à préciser : - - - - -)

Coordonnées du demandeur si différent de la personne concernée :

.....  
.....  
.....

**SITUATION A LA DATE DE LA DEMANDE :**

A domicile  Chez un enfant  Chez un proche

Hôpital  Préciser l'établissement et le service : - - - - -

.....

**RAISON DE LA DEMANDE D'ADMISSION :**

(Évènement familial récent, décès du conjoint, rupture de l'isolement...)

-----  
-----  
-----

**ELEMENTS FINANCIERS**

Comment la personne pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

Seule  Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI  NON  Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI  NON  Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) OUI  NON  Demande en cours envisagée

Allocation Adulte Handicapé (AAH) OUI  NON

Prestation de compensation du handicap (PCH) /Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)

OUI  NON

**AIDES A DOMICILE ACTUELLES**

Auxiliaire de vie  Portage de repas  Téléalarme

Soins infirmiers  Autres  (à préciser : -----)

Aucune aide

**MEDECIN TRAITANT**

Nom : -----

Adresse : -----

Téléphone : -----

**DATE D'ENTREE SOUHAITEE**

IMMEDIATEMENT  DANS LES 6 MOIS  ECHEANCE PLUS LOINTAINE

Date de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

-----

## **PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR**

### **Photocopies :**

- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Les justificatifs des trois dernières quittances de loyer le cas échéant
- Copie de la carte d'identité
- Copie complète du livret de famille (le cas échéant)
- Copie de la carte de sécurité sociale

### **Autres information et documents à joindre :**

- Le nom et les coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence
- Les coordonnées du notaire (le cas échéant)
- Une grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources) complétée par le médecin traitant.

**Pour une demande en couple, merci de remplir 1 dossier pour chaque membre du couple.**

**AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.**