

DOSSIER ADMISSION

Résidence autonomie G. Méliès

Résidence Autonomie Méliès

6, avenue Guy Môquet
94310 Orly
Tél : 01.48.92.52.17
residence.melies@mairie-orly.fr



ÉTAT CIVIL

- NOM : PRÉNOM :
- NOM de jeune fille :
- Date de naissance : Age :
- Situation de famille : Célibataire Marié(e) PACS Concubinage
Veuf Divorcé(e)
- Demande en couple : OUI NON
- Adresse actuelle :
.....
.....
- Téléphone :
- Email :

RÉFÉRENT DOSSIER (personne à contacter en cas d'admission, si différent)

- Personne référente :
- Adresse :
.....
.....
- Lien avec le demandeur :
- Téléphone :
- Email :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE

- Qui est à l'origine de la demande d'admission :
 - La personne elle-même
 - Sa famille, préciser le lien de parenté :.....
 - Service social ou CLIC
 - Un tuteur / curateur
 - Un établissement hospitalier
 - Le médecin traitant

- Coordonnées du demandeur :.....
.....
.....

- La personne est-elle favorable à cette admission ?
 - OUI
 - NON

- Percevez-vous l'A.P.A (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ?
 - OUI
si oui, GIR :.....
 - NON

- Bénéficiez-vous d'une prestation d'aide (aide à domicile, portage de repas, ...) ?
 - OUI
 - NON

- Percevez-vous l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) ?
 - OUI
 - NON

- Modalités d'hébergement souhaitées :
 - F1
 - F2

- Motifs de la demande :
 - Rapprochement familial
 - Recherche de lien social
 - Recherche de sécurité
 - Autre :.....
.....
.....

LIEU DE VIE

- La personne se trouve actuellement :

- À domicile : Seul(e) ○ Avec conjoint ○ Autre ○

Adresse :.....
.....

- Lieu de vie actuel :

Appartement ○

Maison ○

Autre ○

- À l'hôpital ou dans une clinique :

Adresse :.....
.....

- Dans une autre résidence autonomie :

Adresse :.....
.....

- En EHPAD :

Adresse :.....
.....

- Autre :

À préciser :.....
.....

PIECES A FOURNIR

- Copie de la carte d'identité
- Copie de la carte vitale
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- 3 dernières quittances de loyer
- Justificatifs de ressources (pension, rente, etc.) et de charges
- Justificatif caisse de retraite
- Grille d'évaluation AGGIR renseignée par le médecin traitant

DATE ET SIGNATURE :

PARTIE RESERVÉE A L'ADMINISTRATION (ne pas remplir)

SUIVI A PROGRAMMER

- **Visite de la résidence à programmer** OUI NON
Date :
- **RV Evaluation GIR** OUI NON
Date :
- **Choix des services /activités complémentaires**
 - Restauration OUI NON
 - Animation OUI NON
 - Taxi social OUI NON
 - Portage de repas OUI NON

- Renseignements complémentaires (autonomie, habitudes de vie, vie sociale, etc.)

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

- Evaluation autonomie effectuée le : par :

- Date d'entrée prévue :