

DOSSIER ADMISSION – Résidence Séniors**Ce dossier doit être accompagné des pièces justificatives suivantes :**

- une photocopie recto verso de la C.N.I. ou tout autre document d'identité,
- le livret de famille,
- justificatif des ressources annuelles et la dernière déclaration d'imposition sur le revenu,
- l'assurance responsabilité civile personnelle, à renouveler à chaque échéance,
- identité et coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence,
- éventuellement la copie d'un contrat obsèques,
- éventuellement l'identité et coordonnées du médecin traitant,
- l(es) acte(s) de cautionnement solidaire.

Date de dépôt de la demande :/...../.....

1/ Type d'hébergement

Date d'entrée souhaitée :/...../.....

Type de séjour : Séjour à durée déterminée et durée souhaitée : mois / semaines Séjour à durée indéterminée Admission en couple (avec conjoint(e))

Contexte de la demande d'admission :

2/ Résident

Civilité :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme
Nom d'usage :	
Nom de naissance :	
Prénom :	
Date de naissance :/...../.....
Nationalité :	
Numéro de sécurité sociale :	

Situation familiale :

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

Nombre d'enfant (s) :

Un aidant est actuellement présent régulièrement : OUI NON

Une personne de confiance a-t-elle été désigné ? : OUI NON

Une admission avec un animal de compagnie est-elle envisagée ? : OUI NON

3/ Lieu de vie à la date de demande

Domicile Chez enfant/proche

EHPAD Résidence autonomie Résidence séniors Long séjour

Autre, précisez

Adresse actuelle :	
Code postal :	
Ville :	
Etablissement :	
Téléphone fixe :	
Téléphone portable :	
Adresse email :	
Numéro de sécurité sociale :	

Vivez-vous seul(e) ? : OUI NON

Si non, avec qui vivez-vous ?

Epoux(se) / Conjoint(e) Enfants Autre, précisez :

Bénéficiez-vous des prestations suivantes ?

Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

Service de Soins Infirmiers à Domicile

Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

Aide-ménagère/auxiliaire de vie/aide au ménage

Aide à la toilette

Portage de repas

Kinésithérapie

Autre, précisez :

4/ Mesure de protection juridique

OUI NON EN COURS

Si oui ou en cours, laquelle :

Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale

Etat civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale :

Nom d'usage :	
Nom de naissance :	
Prénom :	
Etablissement de rattachement/...../.....
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	
Téléphone fixe :	
Téléphone portable :	
Adresse email :	

5/ Coordonnées du médecin traitant

Un médecin traitant a-t-il désigné ? : OUI NON

Si oui :

Civilité :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme
Nom d'usage :	
Prénom :	
Etablissement de rattachement	
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	
Téléphone fixe :	
Téléphone portable :	
Adresse email :	

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal :

INFORMATION GRILLE AGGIR

Ci-joint un exemplaire de la Grille AGGIR à faire remplir par votre médecin traitant.

Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
(A faire compléter par votre médecin traitant)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance _____ / _____ / _____

Situation au regard des actes essentiels et ordinaires de la vie

A : fait seul, totalement habituellement, correctement

B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : ne fait pas

VARIABLES DISCRIMINANTES – AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
1	COHERENCE : converser et /ou se comporter de façon sensée	
2	ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
3	TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
		Bas
4	HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
		Moyen
		Bas
5	ALIMENTATION : manger des aliments pr�epar�es	Se servir
		Manger
6	ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
		Fécale
7	TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
8	DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
9	DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : � partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
10	COMMUNICATION VERBALE A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
11	GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
12	CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
13	MENAGE effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
14	TRANSPORT : prendre et /ou commander un moyen de transport	
15	ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
16	SUIVI DU TRAITEMENT se conformer à l'ordonnance du médecin	
17	ACTIVITE DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelle, sociales, de loisirs ou de passetemps	
	GIR	

Fait   :

Le :/...../.....

Signature du médecin traitant