

# Résidence Autonomie

« Aragon »

## ***FORMULAIRE de DEMANDE de LOGEMENT***

Logement de type  F1 Bis  F2

*Cadre réservé au CCAS*

*Date de dépôt du dossier :*

*Avis Commission :*

**Résidence Autonomie ARAGON**

2 rue de Montigny, 76380 CANTELEU

☎ 02.35.36.16.72

**Responsable :** Mme Virginie THOS

☎ 02.35.15.45.44

## Le DEMANDEUR

NOM : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : ..... à .....

Adresse domicile : n° ..... Voie/Rue .....

Code postal ..... Commune .....

S'agit-il  d'une maison  d'un appartement Type .....  Propriétaire  locataire

Adresse actuelle (si différente du domicile) : .....

Précisez :  hébergement chez un tiers  hospitalisation  Autre : .....

☎ fixe: ..... Portable : .....

Adresse mail : .....@.....

Votre situation:  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Vie maritale

Depuis le .....

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_ n° allocataire CAF .....

Sous tutelle ou curatelle :  Oui  Non Nom et coordonnées de l'organisme ou du représentant légal .....

Date de jugement ..... Durée d'application .....

Reconnaissance de handicap :  Non  oui, taux .....%

## Revenus mensuels DEMANDEUR

Situation :  retraité  activité professionnelle  autre (précisez) : .....

Caisse de retraite principale : ..... Montant mensuel : ..... €/mois

Caisse(s) complémentaire(s) : .....

Montant mensuelles caisses complémentaires: ..... €/mois

Autres ressources : ..... €/mois précisez origine: .....

TOTAL ressources mensuelles du DEMANDEUR: ..... €/mois

Dettes / Crédit en cours  non  oui si oui, précisez :

Montant mensuel de remboursement : ..... Date d'échéance : .....

Créancier : .....

## Le CONJOINT / CONCUBIN / CO-DEMANDEUR

NOM : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : ..... à .....

Adresse domicile : n° ..... Voie/Rue .....

Code postal ..... Commune .....

S'agit-il  d'une maison  d'un appartement Type .....  Propriétaire  locataire

Adresse actuelle (si différente du domicile) : .....

Précisez :  hébergement chez un tiers .....  hospitalisation

☎ fixe: ..... Portable : .....

Adresse mail : .....@.....

Votre situation:  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Vie maritale

Depuis le.....

N° Sécurité Sociale : \_ \_ \_ \_ \_ n° allocataire CAF .....

Sous tutelle ou curatelle :  Oui  Non Nom et coordonnées de l'organisme ou du représentant légal.....

Date de jugement..... Durée d'application.....

Reconnaissance de handicap :  Non  oui, taux : .....%

## Revenus mensuels CONJOINT / CONCUBIN / CO-DEMANDEUR

Situation :  retraité  activité professionnelle  autre (précisez) : .....

Caisse de retraite principale : ..... Montant mensuel : \_\_\_\_\_ €/mois

Caisse(s) complémentaire(s) : \_\_\_\_\_

Montant mensuelles caisses complémentaires: \_\_\_\_\_ €/mois

Autres ressources : \_\_\_\_\_ €/mois précisez origine: .....

**TOTAL ressources mensuelles CONJOINT : \_\_\_\_\_ €/mois**

Dettes / Crédit en cours  non  oui Si oui, objet : .....Montant

mensuel : .....Echéance : .....

La demande de logement concerne-t-elle :  le demandeur  le couple (conjoint/co-demandeur)

Observations .....

.....

**Votre QUOTIDIEN**

Evaluation à la date de la demande		Demandeur		Conjoint/co-demandeur	
		oui	non	oui	non
Utilisez-vous un équipement spécifique pour vos déplacements intérieurs ou extérieurs ?	Canne ou béquille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Déambulateur / Rollateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortez-vous seul(e) en extérieur ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduisez-vous ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisez-vous les transports en commun ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des activités/loisirs à l'extérieur de votre domicile ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recevez-vous la visite régulière de vos proches ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Possédez-vous un animal familier :  Non  Oui précisez : .....

**SERVICES à DOMICILE**

Bénéficiez-vous d'aide(s) ou de service(s) à domicile ?	Demandeur		Conjoint/co-demandeur	
	oui	non	oui	non
Aide-ménagère ou Auxiliaire de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide de votre famille/ami/voisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passage infirmier(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portage de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositif de Téléassistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez)	.....	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>

Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 6 derniers mois ?  Non  Oui

Bénéficiez-vous d'un accompagnement ou d'un suivi spécifique ?  Non  Oui, précisez :

suivi social  suivi médico-psychologique  suivi médical spécifique  Autre.....

**Pour les bénéficiaires d'une aide à domicile**

	<b>Demandeur</b>	<b>Conjoint/co-demandeur</b>
Coordonnées du service ou de l'association d'Aide à domicile		
Nombre d'heures mises en place par semaine		
Organisme financeur CARSAT, Département (APA), autres...		
Date d'établissement du plan d'aide		

Y a-t-il un dossier de demande d'aide à domicile en cours  Non  Oui

Si oui, auprès de quel organisme ?.....

**Expliquez les raisons qui expliquent et /ou motivent votre demande d'entrée en résidence Autonomie**

*(Difficulté actuelles, attentes, souhaits, projet...)*

.....

.....

.....

.....

.....

## Vos CONTACTS

Nom Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone
<u>Référent familial*</u> :		<input type="checkbox"/> Peut me porter assistance en cas d'urgence**	Fixe : Port : Adresse mail :
		<input type="checkbox"/> Peut me porter assistance en cas d'urgence**	Fixe : Port :
		<input type="checkbox"/> Peut me porter assistance en cas d'urgence**	Fixe : Port :
		<input type="checkbox"/> Peut me porter assistance en cas d'urgence**	Fixe : Port :

\* référent pour tout contact administratif en lien avec le résident.

\*\*uniquement pour les contacts étant dans un rayon de 20 à 30 minutes maxi de la résidence

**Coordonnées du médecin traitant** Dr..... Localité.....

### LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR AVEC LE DOSSIER

- Grille AGGIR complétée par votre médecin traitant (*voir document joint*)
- Dernier avis d'imposition et avis d'impôts de l'année précédente (*copie recto-verso*)
- Justificatifs récents de l'ensemble des ressources (*à défaut, extrait de relevés de compte bancaire*)
- Echancier (crédit en cours) ou plan d'apurement (dette)
- 2 dernières quittances de loyer (si vous êtes locataire)
- Si aide à domicile : Accord de prise en charge (CARSAT, Département....)
- Pièce d'Identité
- Copie intégrale du livret de famille
- Carte de reconnaissance de handicap (s'il y a lieu)
- Copie du jugement de tutelle ou curatelle (s'il y a lieu)

Fait à ..... le .....

Signature du demandeur

Signature du conjoint

# *Grille nationale AGGIR*

*(à remplir par le médecin traitant)*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

## SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

<b>VARIABLES DISCRIMINANTES – AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE</b>		
COHERENCE : Converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...		
<b>VARIABLES ILLUSTRATIVES – AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE</b>		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : Préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MENAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et/ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs...		

- A : Fait seul, totalement, habituellement, correctement
- B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
- C : ne fait pas.

A....., le.....

Signature et cachet du praticien