

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

Liste 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

Liste 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, précisez :

Montant mensuel de remboursement : Date d'échéance :

Créancier :

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

	Demandeur	Conjoint/co-demandeur
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

VARIABLES DISCRIMINANTES – AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
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...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES – AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
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