

Date de l'inscription :/...../ 2025

Dossier d'inscription en résidence autonomie

(Renseignements nécessaires à l'étude préalable à la Signature du Bail)

Les Résidentiales « La TRINITE » à Saint Denis

Renseignements - Postulant	
Nom :	Prénom :
Date de naissance : / /	Lieu de naissance :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	Portable :
Adresse mail :@.....	
Personne bénéficiant d'une mesure de protection : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (joindre le jugement du tribunal d'instance)	

Situation de famille	
<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Nom, Prénom et âge du Conjoint :	

Personne à prévenir : Personne de confiance OBLIGATOIRE

Nom : Prénom :

.....

Lien de parenté :

Fils/Fille

Sœur/Frère

Voisin(e)/Ami(e)

Autre : Préciser :

Téléphone :

Portable :

Adresse :

Ville :

Adresse mail :@.....

Ressources

Régime de Retraite Principale :

Ressources mensuelles :

Libellé	Nom de caisse	Montant mensuel	
		Demandeur	Conjoint
Caisse de Retraite Principale			
Caisse de Retraite Secondaire			
Caisse de Retraite Complémentaire			
Caisse de Retraite Complémentaire			
Allocations Familiales			
Autres :			
Total			

Renseignements divers

Nom du médecin traitant :

Nom de l'infirmière :

Intervenant extérieur (kiné, ...) :

Nom de votre notaire :

Avez-vous un animal de compagnie : Oui Non

Si oui, préciser : chien chat autre, Préciser :

Souhaite la mise en place d'une aide à domicile : Oui Non

Je soussigné, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente fiche et m'engage à fournir, **le jour de la signature du bail** et sous peine de nullité de celui-ci, **une attestation d'assurance multirisques habitation**.

Le locataire doit obligatoirement présenter les pièces originales constituant son dossier et remettre les copies des pièces requises au bailleur. Les copies des pièces seront conservées par le bailleur pendant toute la durée d'occupation.

Fait à

Le ... // 2025

Signature du(des) postulant(s)*

*Faire précéder la signature de la mention Suivante 'Lu et Approuvé'

Pièces à fournir :

- Grille AGGIR (ci-jointe) à faire compléter par votre médecin traitant,
- Trois dernières quittances de loyer, ou un justificatif de propriété,
- Dernier avis d'imposition ou non-imposition de l'année 2023 (sur le revenus 2022),
- Photocopie des trois derniers relevés bancaires ou une attestation bancaire des sommes perçues par les caisses de retraites, ou toutes rentes ou revenus.
- Copie de la carte vitale ou de l'attestation de la Caisse Principale d'Assurance Maladie (pour le Numéro de Sécurité Sociale).
- Copie lisible et complète du livret de famille ou de la carte d'identité (pour les célibataires).
- Mandat de prélèvement signé et accompagné d'un RIB.

Préparer votre entrée dans le logement :

- Pièces à apporter pour le rendez-vous d'état des lieux d'entrée :
 - **Un chèque de caution d'un montant de (équivalent 1 mois de loyer) € à l'ordre de "ALEFPA AUTONOMIE REUNION" ou par virement bancaire**
Notre Compte : ALEFPA AUTONOMIE REUNION
 - **Attestation d'assurance habitation à compter de la date d'état des lieux d'entrée**
 - **Également, penser à faire l'activation des différents compteurs du logement pour le jour du rendez-vous. (Demander le n° du compteur Electrique et/ou le nom de l'ancien locataire)**
- Si l'une de ces pièces viennent à manquer, la remise des clés à la fin de l'état des lieux d'entrée ne pourra s'effectuer.

Appartement sollicité

Numéro de l'Appartement :

Date d'entrée en résidence (à compter du 08 septembre 2025) :

Décision de la commission – CADRE RESERVE A L'ALEFPA

Cadre réservé au Bailleur

Conclusion de la Commission

Date Réception dossier complet : _____

2025 Date de la décision : _____ 2025

Conclusion de la Commission : Favorable Défavorable

.....

Signature du directeur

Fiche de Renseignements

Pour une entrée en résidence autonomie, le postulant doit être autonome.

La fiche de renseignements doit être complétée par le médecin traitant du demandeur

Etat civil du demandeur

Nom Prénoms :

DateLieu de naissance :

Sexe : Homme Femme

Adresse actuelle :

Téléphone : Portable :

Mail :

Besoins de surveillance et soins médicaux et para médicaux

1 : Existe déjà

2 : Serait nécessaire

3 : n'est pas nécessaire

Surveillance et soins infirmiers	
Surveillance et soins médicaux	
Rééducation	
Pédicure	
Prise en charge psychiatrique	
Le patient peut-il prendre seul un traitement médicamenteux ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Besoins de services sociaux

1 : Existe déjà

2 : Serait nécessaire

3 : n'est pas nécessaire

Aménagement du domicile	
Portage des repas	
Aide ménagère	
Garde à domicile	
Auxiliaire de vie	
Télé Alarme	
Assistante sociale	
Autres services sociaux	

Réseau personnel et environnement social

Le demandeur	Oui	Non
vit seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vit avec une personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui le conjoint est		
Dépendante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aidante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entourage	Oui	Non
a des contacts avec sa famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
famille aidante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui Fréquence : jours, semaine, mois		
a des contacts avec son voisinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voisinage aidant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a des contacts avec des amis qu'elle voit régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prend part à des activités associatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesquelles :		

Analyse et conclusion

Peut entrer en foyer logement Oui Non

Si non, quelles autres propositions ?

EHPAD Cure médicale Long séjour

Observations du médecin traitant

Nom du médecin qui a rempli la fiche :

Numéro de téléphone :

Signature et Cachet du médecin Traitant

GRILLE A.G.G.I.R

La grille A.G.G.I.R doit être complétée par le médecin traitant du demandeur

NOM : **Prénom** : **Date de naissance** :

VARIABLES DISCRIMINANTES

Permettant de déterminer le Groupe Iso-Ressources de la personne âgée

1 - COHERENCE Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
2 - ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments, de la journée et dans les lieux.	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
3 - TOILETTE DU HAUT Assurer son hygiène corporelle (incluant rasage et coiffage) TOILETTE DU BAS Non compris les ongles des orteils	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
4 - HABILLAGE DU HAUT Passer des vêtements par la tête et/ou les bras HABILLAGE MOYEN Boutonner, mettre une fermeture éclair, des pressions une ceinture ou des bretelles. HABILLAGE DU BAS Passer les vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, bas et chaussures.	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
5 - ALIMENTATION : SE SERVIR Couper, la viande, peler un fruit, remplir son verre, ouvrir un pot de yaourt ALIMENTATION : MANGER Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
6 - ELIMINATION URINAIRE Assurer l'hygiène de l'élimination ELIMINATION ANALE Assurer l'hygiène de l'élimination	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
7 - TRANSFERTS Se lever, se coucher, s'asseoir. Passer d'une des 3 positions à une autre, dans les 2 sens.	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
8 - DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant.	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
9 - DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
10 - COMMUNICATIONS A DISTANCE Utiliser les moyens de communication : Téléphone, alarme, sonnette, dans le but d'alerter	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

A = Fait seul totalement, habituellement, correctement.
B = Fait partiellement.
C = ne fait pas.

**CACHET ET SIGNATURE
DU MEDECIN TRAITANT**

Référence unique de mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ALEFPA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de L'ALEFPA.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Créancier :

Identifiant créancier SEPA :

Nom : **ALEFPA AUTONOMIE REUNION**

Adresse : **28 rue Saint Paul**

Code postal : **97420**

Ville : **LE PORT**

Débiteur : Référence unique de mandat :

Votre Nom :

Votre Adresse :

Votre Code postal : _____ Ville :

Références bancaires :

IBAN : _____ BIC : _____

Domiciliation : _____

Paiement :

Récurrent/répétitif :

Ponctuel :

à

le

Signature :

Bénéficiaire ou son représentant légal

Tarif 2025

Tarifification au 01/08/2025

Residence Autonomie			
Prestations proposées :			Prix
Déjeuner en salle de restauration :	Unité		12€
Petit déjeuner :	Unité		3€
Diner :	Unité		10€
Repas à thème (festif)	Unité		18€
Repas personne extérieure	Unité		12€
Blanchisserie	par mois		130€
Téléassistance	par mois		30€
Logement : Résidence TRINITE			
Type	Superficie moyenne en m ²	Tarif mensuel moyen (Charges comprise)	
T1 Bis	33 m2	1 061,19 €	
T2	50 m2	1 640,01 €	
T3	57 m2	2 090,21 €	
Dépôt de Garantie à l'entrée dans le logement			
Logement			Montant du loyer
Badge d'accès dans la résidence		Unité	10€

(