



ASSOCIATION LAÏQUE POUR L'ÉDUCATION, LA FORMATION,
LA PRÉVENTION ET L'AUTONOMIE

Dossier

Demande d'entrée à la Résidence Seniors Carlotti



Résidence Seniors Carlotti

13 avenue Chanoine Carlotti

37 200 TOURS

02 34 36 93 16

contact.residence-carlotti@alefpa.fr

ALEFPA

Centre Vauban, Bât. Lille

199 – 201 rue Colbert

CS60030 – 59 043 Lille Cedex

03 28 38 09 40

RESERVE AU SERVICE ADMINISTRATIF

N° de dossier : _____

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA OU DES PERSONNE(S) SOUHAITANT ENTRER EN RESIDENCE

DEMANDEUR 1

Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de naissance : _____

(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s) : _____

Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : _____

Pays ou département : _____

N° de sécurité sociale : -----/-----/-----/-----/-----/-----/-----

N° CAF : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune/ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

E-mail : _____

DEMANDEUR 2 SI COUPLE :

Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de naissance : _____

(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s) : _____

Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : _____

Pays ou département : _____

N° de sécurité sociale : -----/-----/-----/-----/-----/-----

N° CAF (si différent) : _____

Adresse (si différente) : _____

Code postal : _____ Commune/ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

E-mail : _____

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire

☐ Vit maritalement

☐ Pacsé(e)

☐ Marié(e)

☐ Veuf(ve)

☐ Séparé(e)

☐ Divorcé(e)

MOTIF(S) DE VOTRE DEMANDE D'ENTREE SUR LA RESIDENCE

☐ Rapprochement familial ou amical

☐ Logement actuel inadapté

☐ Isolement

☐ Autre (à préciser) : _____

Date d'entrée souhaitée (sous réserve de disponibilité) : _____

Si une visite a déjà été effectuée, quel appartement souhaitez-vous réserver :

Si non, avez-vous une préférence :

☐ RDC ☐ 1^{er} étage ☐ 2^{ème} étage ☐ 3^{ème} étage ☐ 4^{ème} étage ☐ 5^{ème} étage

Orientation : ☐ Est ☐ Ouest

Comment avez-vous connu notre résidence ?

☐ Par bouche à oreille

☐ Par les réseaux sociaux

☐ Par un professionnel de santé

☐ Par le site internet de l'ALEFPA

☐ Autre (à préciser) : _____

DOSSIER DE DEMANDE D'ENTREE EN RESIDENCE SENIORS

Nom et prénom(s) de la personne remplissant le dossier si différent :

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune/ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

E-mail : _____

Lien avec la personne concernée : _____

COORDONNEES DES PROCHES

Noms – Prénoms Adresse	Lien de parenté	Téléphones	E-mail

DÉCLARATION DES RESSOURCES

Catégories de ressources (Pensions, Retraites complémentaires, Autres retraites)	Montant mensuel de la retraite de l'année en cours	Autres montants	
		Périodicité	Montant
Retraite(s) principale(s)			
Retraite(s) Complémentaire(s)			
Autres ressources (Rentés, etc...)			
Total Revenus et Versements	€		€

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Si oui, laquelle :

☐ Sauvegarde de justice

☐ Tutelle

☐ Curatelle simple

☐ Mandat de protection future

☐ Curatelle renforcée

Si oui, coordonnées de la personne qui assure la protection juridique :

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune/ville : _____

AUTONOMIE

APA (**A**llocation **P**ersonnalis**é** d'**A**utonomie)

Percevez-vous une prestation :

☐ Oui ☐ Non ☐ En cours d'étude

Si oui : depuis quelle date : ____/____/____

Quel est le GIR (**G**roupe **I**so-**R**essources de 1 à 6) indiqué dans votre « plan d'aide » :

*Si l'APA est versée transmettre **impérativement le plan d'aide détaillé**.*

CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

Disposez-vous d'une CMI « Invalidité ou carte d'invalidité » ?

☐ Oui ☐ Non

CONTRAT OBSEQUES

Disposez-vous d'un contrat obsèques ?

☐ Oui ☐ Non

Si la réponse est oui, merci de nous en fournir une copie, ainsi que les coordonnées du notaire si celui-ci est désigné.

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Qu'est-ce qu'une personne de confiance ?

La personne de confiance est une personne que vous choisissez librement pour vous accompagner dans votre parcours de soins, ou dans certaines démarches médicales et administratives. Cette désignation est prévue par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.

Quel est son rôle ?

- Vous accompagner lors de vos rendez-vous médicaux.
- Être consultée par les professionnels de santé pour donner un avis sur vos souhaits si vous n'êtes plus en état de vous exprimer vous-même.
- Aider à faire respecter vos volontés concernant votre prise en charge médicale.

Elle ne prend pas de décisions à votre place, sauf indication contraire ou en l'absence d'un autre représentant légal.

Ce que vous devez savoir :

- La désignation est facultative.
- Elle peut être modifiée ou annulée à tout moment.
- La personne désignée doit être informée et donner son accord par écrit.

Conformément à l'article L.1111-6 du Code de la santé publique

Informations sur la personne désignant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Informations sur la personne de confiance désignée

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Lien avec vous (ami(e), conjoint(e), enfant, autre...) : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Adresse e-mail : _____

Déclaration

Je soussigné(e), _____ désigne la personne mentionnée ci-dessus comme ma personne de confiance. Elle pourra m'accompagner dans mes démarches, assister aux entretiens médicaux, et être consultée au cas où je ne serais pas en mesure d'exprimer ma volonté ou de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Je suis informé(e) que cette désignation est révocable à tout moment.

Fait à : _____

Le : ____/____/____

Signature de la personne désignant :

(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Acceptation de la personne de confiance

Je soussigné(e) _____ accepte d'être la personne de confiance de _____

Fait à : _____

Le : ____/____/____

Signature de la personne de confiance :

SIGNATURES

Précédée de la mention manuscrite :

« Lu et approuvé »

Date ____/____/____



De la ou des personne(s) concernée(s) par cette demande :

De la personne ayant rempli le dossier :

JUSTIFICATIFS À FOURNIR IMPERATIVEMENT

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES

JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- ☐ Les justificatifs des pensions perçues sur une année (attestation de versement ou attestation fiscale des caisses de retraites),
- ☐ Les justificatifs d'autres revenus réguliers,
- ☐ Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition (complet),
- ☐ Livret de famille (avec les feuilles relatives au mariage et aux enfants),
- ☐ Pièce d'identité (recto verso),
- ☐ Dernière quittance de loyer ou taxe foncière si vous êtes propriétaire,
- ☐ Attestation de sécurité sociale (ne pas transmettre la photocopie de la carte Vitale),
- ☐ Si vous faites l'objet d'une mesure de tutelle ou de curatelle, justificatif de cette mesure,
- ☐ Si vous percevez l'APA (**A**llocation **P**ersonnalisée d'**A**utonomie), copie du plan d'aide détaillé, qui vous a été adressé par la métropole ou le conseil départemental,
- ☐ Si vous êtes titulaire d'une CMI (**C**arte **M**obilité **I**nclusion) mention Invalidité ou d'une carte d'invalidité, copie de la carte,
- ☐ Un relevé d'identité bancaire au format IBAN, en cas de souhait de prélèvement automatique,
- ☐ Si vous disposez d'un contrat obsèques, copie dudit contrat,
- ☐ Si vous avez un notaire désigné dans le cadre d'une future succession, en fournir les coordonnées.



**NE PAS TRANSMETTRE D'ORIGINAUX
EN CAS DE DOSSIER INCOMPLET VOTRE DEMANDE NE POURRA
PAS ETRE PRISE EN COMPTE**