



# 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](mailto: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<sup>er</sup> étage  2<sup>ème</sup> étage  3<sup>ème</sup> étage  4<sup>ème</sup> étage  5<sup>ème</sup> 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	
Retraite(s) principale(s)		Périodicité	Montant
Retraite(s) Complémentaire(s)			
Autres ressources (Rentes, 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 (*Allocation Personnalisé d'Autonomie*)

Percevez-vous une prestation :

Oui  Non  En cours d'étude

Si oui : depuis quelle date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Quel est le GIR (**Groupe Iso-Ressources** 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 (Allocation Personnalisé d'Autonomie), 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 (Carte Mobilité Inclusion) 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

