



DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION

Résidence Autonomie Van Gogh

35 rue Louis Seigneur

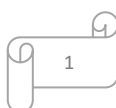
59170 CROIX

Tél : 03.20.36.91.34

Mail : contact.residence-vangogh@alefpa.fr



A remplir accompagné des pièces suivantes :



- ☐ Copie de la carte vitale
- ☐ Copie de la carte de mutuelle en cours de validité
- ☐ Copie de la carte ou du carnet de vaccination
- ☐ Copie du dernier avis d'imposition
- ☐ Copie de l'ordonnance de protection juridique (s'il y a lieu)
- ☐ Copie du livret de famille
- ☐ Copie de la carte d'identité (recto/verso)

Cette liste sera à compléter lors de l'admission.

Identité :

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	
Date de naissance : / /	Age : ans
Lieu de naissance :	
☎	Mail :@.....
Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐	
Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ En couple ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)	
Nombre d'enfants :	
Profession exercée avant la retraite :	

Renseignements concernant la demande :

Qui est à l'origine de la demande d'admission :

.....

Raisons motivant cette demande :

.....

.....

.....

.....

Date d'entrée souhaitée : / /

La personne est-elle favorable à cette admission ? Oui ☐ Non ☐

Si non, pourquoi ?

.....

.....

.....

Modalités d'hébergement souhaité :

Appartement T1 bis de 35 m² ☐

Appartement T2 de 50 m² ☐

Ressources

Caisse de retraite principale :

Nom de l'organisme :

Adresse :

.....

Numéro d'adhérent :

Montant annuel : €

Caisse de retraite complémentaire : Oui ☐ Non ☐

Nom de l'organisme :

Adresse :

.....

Numéro d'adhérent :

Montant annuel : €

Nom de l'organisme :

Adresse :

.....

Numéro d'adhérent :

Montant annuel : €

Aides financières :

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Numéro de dossier : GIR évalué ☐

Aide Personnalisée au Logement (APL) : Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Caisse d'Allocations Familiales de

Numéro d'allocataire CAF :

Autres ressources :

Couverture sociale

Numéro de Sécurité Sociale : Clé

Organisme de Sécurité Sociale :

Nom :

Adresse :

.....

Personne en ALD 100 % : Oui ☐ Non ☐ En cours de demande ☐

Motif : Date de validité :

Mutuelle complémentaire : Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Nom :

Adresse :

.....

Numéro d'adhérent :

Médecin traitant : Oui ☐ Non ☐ En cours ☐

Nom :

Adresse :

.....

☎ Mail :

En cas d'urgence, lieu d'hospitalisation souhaité :

.....

Situation actuelle

La personne se trouve actuellement :

☐ A domicile

☐ Au domicile d'un membre de la famille

Adresse :

.....

Personne à contacter :

☎ Date de sortie prévue :

☐ A l'hôpital ou dans une clinique

Nom et adresse :

.....

Service :

Personne à contacter (Service social, responsable d'unité, etc.) :

.....

☎ Date de sortie prévue :

☐ Dans un autre établissement

Nom et adresse :

.....

Service :

Personne à contacter (médecin coordonnateur, responsable, etc.) :

.....

☎ Date de sortie prévue :

☐ Autres

A préciser :

Nom et adresse :

.....

Personne à contacter :



.....

Date de sortie prévue :

Environnement familial et social

Mesure de protection juridique :

☐ Oui ☐ Non Date : ☐ En cours

Nature : ☐ Curatelle ☐ Tutelle ☐ Sauvegarde de Justice

Date de validité :

Nom et prénom du mandataire judiciaire à la protection des majeurs :

.....

Statut : ☐ Famille ☐ Association ☐ Privé ☐ Proche

Adresse :

.....
.....



Mail :@.....

Personne à contacter par ordre de priorité :

Nom :

Adresse :

.....

Lien : 

Nom :

Adresse :

.....

Lien : 

Nom :

Adresse :

.....

Lien : 

Personne de confiance :

Nom :

Adresse :

.....

Lien : 

Comment percevez-vous les niveaux actuels de dépendance d'autonomie de votre proche ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....