

Nom/Prénom :  
Date :

**DOSSIER COMMUN D'INSCRIPTION EN ETABLISSEMENT - FICHE ADMINISTRATIVE -**

**ETABLISSEMENT**

**IDENTITE**

Nom :  
Nom de jeune fille :  
Prénom :  
Date de naissance :                      Lieu :  
Nationalité :  
Adresse :  
  
Code Postal :                                  Ville :  
Numéro de téléphone :

**SITUATION FAMILIALE**

Vit seule :                       Oui     Non  
Nombre d'enfants :

**ORIGINE DE LA DEMANDE**

La personne elle -même  
 Un parent - lien de parenté.....  
 Les services sociaux et/ou de tutelle  
 Le médecin traitant  
 La structure précédente.....  
 Autres (à préciser).....

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Accueil permanent

Changement de structure pour raisons personnelles ou familiales  
 Suite d'hospitalisation avec retour à domicile impossible  
 Aggravation de l'état de dépendance  
 Conjoint (e) décédé (e) ou perte de soutien familial  
 Isolement, insécurité trop forte pour rester à domicile  
 Inadaptation du logement  
 Autres causes (à préciser).....

Accueil temporaire

Transition après hospitalisation pour préparer le retour à domicile  
 Difficultés momentanées de vie à domicile pour causes saisonnières  
 Difficultés momentanées de vie à domicile pour autres causes  
 Soulagement soutien familial  
 Période d'essai de vie en collectivité  
 Autres causes (à préciser).....

La personne est-elle informée de son inscription en établissement?     Oui     Non

La personne a-t-elle donnée son accord?                       Oui     Non

**DELAJ SOUHAITE**

Le plus tôt possible     Dans les 6 mois  
 Dans l'année     Sans délai précis

Hébergement temporaire (Préciser la période et les dates souhaitées)  
.....  
.....

Nom/Prénom:  
Date :

**DOSSIER COMMUN D'INSCRIPTION EN ETABLISSEMENT - FICHE ADMINISTRATIVE -**

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	
Allocation Personnalisée d'Autonomie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Si oui dans quel département : <input type="checkbox"/> Côtes d'Armor <input type="checkbox"/> Ille et Villaine <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) .....	
Caisse(s) de retraite principale et complémentaire(s) (nom (s) et adresse (s))	..... ..... ..... ..... ..... .....
Numéro et caisse de Sécurité Sociale*	..... .....
Mutuelle*:	..... .....
<b>Mesure de protection</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours	
Nom et Coordonnées de la personne en charge du dossier ..... .....	
<input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	

ENTOURAGE			
Personne référente			
NOM/Prénom	Adresse	Téléphone	Liens familiaux
Personnes à prévenir (par ordre de priorité)			
NOM/Prénom	Adresse	Téléphone	Liens familiaux

\*Attestation à fournir au moment de l'admission

Fait à : ..... Le: .....  
Nom et signature.....

**\*Nous vous remercions de prévenir les établissements non retenus dès que vous aurez obtenu satisfaction auprès d'un établissement du secteur**