



VOLET ADMINISTRATIF

Date :

Blanche de Castille

Yvonne de Gaulle

► ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE

● **Civilité :** Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance : Lieu de naissance :

Pays ou département :

● **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email

Qualité d'occupation du dernier logement : Propriétaire Locataire

● **Situation familiale**

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfants :

► RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

● **N° de sécurité sociale :**

Caisse de sécurité sociale : CPAM MSA Autre :

● **Nom et adresse de la mutuelle :**
.....

N° Adhérent :



- Aide personnalisée au logement : Oui Non
(si allocataire) CAF MSA

N° Allocataire :

- Mesure de protection juridique Oui Non En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

► **CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION** (Par exemple, évènement familial récent, décès du conjoint...) :

► **ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL** À ne remplir que si vous êtes sous tutelle, curatelle, Mesure de protection juridique

- **Civilité** : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance Lieu de naissance

Pays

- **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email



► **PERSONNE DE CONFIANCE – A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT**

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si oui :

● Nom de famille (de naissance)
(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance Lieu de naissance

Pays

● Adresse :

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

► **DEMANDE D'HEBERGEMENT**

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité OUI NON

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile Hôpital (SSR) Logement foyer Chez enfant/proche

En milieu protégé

Autre (préciser)Lieu :

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli



► **COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE :**

La personne concernée elle-même OUI NON

• Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter :

Nom de famille (de naissance) :

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

Prénom (s) :

• Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

• Autre personne à contacter :

Nom de famille (de naissance) :

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

Prénom (s) :

• Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

► **ASPECTS FINANCIERS**

Comment la personne concernée financera ses frais de séjour ? Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée d'autonomie* OUI NON Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne

OUI NON

* N'entre pas dans le paiement de l'hébergement



COMMENTAIRES

Date souhaitée : Immédiat Dans les 6 mois

 Echéance plus lointaine

Date d'entrée souhaitée en hébergement temporaire

Date de la demande : /...../.....

**Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal**



ACTE DE CAUTIONNEMENT

Je soussigné(e) Madame / Monsieur

Né(e) le à

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Exerçant la profession de

Demeurant à

Déclare me porter caution solidaire, sans limitation de durée du règlement de toutes les sommes que pourrait

devoir Monsieur / Madame

au Foyer Résidence Blanche de Castille Yvonne de Gaulle

Résultant d'un contrat de séjour signé le pour un logement type Studio F1 F2

Situé au Foyer Résidence Blanche de Castille Yvonne de Gaulle

Je reconnais avoir reçu un exemplaire du contrat de séjour et avoir pris connaissance des clauses et conditions, spécialement du montant de la redevance, des frais de repas et des services annexes.

Le présent cautionnement garantit, au profit du Foyer Résidence où réside Monsieur / Madame

..... le paiement de tout ce que le résident peut devoir à l'établissement et, en particulier :

- le montant de(s) redevance(s)
- les prestations et services annexes

La signature de l'acte de cautionnement devra impérativement être précédée de la mention manuscrite suivante.

« Je soussigné(e) Monsieur / Madame

En me portant caution solidaire de Monsieur / Madame

m'engage à rembourser sur mes revenus et sur mes biens personnels les sommes dues par le résident en

cas de défaillance de ce dernier et ce pour un montant et une durée indéterminée. En renonçant au

bénéfice de discussion l'Article 2021 du Code Civil et en m'obligeant à rembourser le créancier sans

pouvoir exiger qu'il poursuive préalablement Monsieur / Madame (le débiteur).....

..... »

Fait à, le

Signature de la caution



Volet « AUTONOMIE »

Document à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille)

● Situation sociale

Nom de famille (de naissance) :
(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s):.....

Date de naissance:..... Lieu :.....

● Au moment de l'inscription, la personne vit :

- Seul(e) En couple Avec un membre de la famille
 A son domicile En accueil familial Dans un établissement
 En milieu protégé Est hospitalisée Si oui Nom et adresse :.....
.....

● Existe-t-il un plan d'aide à domicile :

- Oui Non Si oui lequel :.....

Si oui, quel est le nombre d'heure d'intervention :.....

Quel département suit le dossier : Seine et Marne Autre

● Quels sont les services intervenants à domicile ?

- Services ménagers service de soins infirmiers
 Services d'aides d'accompagnants

► Autonomie

● Toilette / habillement

Vous faites votre toilette :

- Seul(e) Avec une aide partielle Avec une aide complète

Vous vous habillez ou déshabillez :

- Seul(e) Avec une aide partielle Avec une aide complète

● Transfert / déplacement

Vous vous levez du lit seul(e) : Oui Avec difficulté Non

Vous vous mettez (couchez) au lit seul(e) : Oui Avec difficulté Non

Vous vous asseyez au fauteuil seul(e) : Oui Avec difficulté Non

Vous prenez un ascenseur seul(e) : Oui Avec difficulté Non

- Vous montez et descendez les escaliers seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Vous marchez seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Vous marchez avec le soutien d'une canne : Oui Avec difficulté Non
- Vous marchez avec le soutien d'un déambulateur : Oui Avec difficulté Non
- Vous utilisez un fauteuil roulant par intermittence : Oui Avec difficulté Non
- Vous utilisez un fauteuil roulant en permanence : Oui Avec difficulté Non

● Cohérence

Vous sortez et vous vous promenez seul(e) et de façon indépendante :

- Oui Avec difficulté Non

Vous vous occupez seul(e) de la prise de vos médicaments (dose et horaire) :

- Oui Avec difficulté Non

Vous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et composez les numéros...

- Oui Avec difficulté Non

Vous pouvez vous exprimer et converser :

- Oui Avec difficulté Non

● Orientation

Vous vous repérez dans les moments de la journée : Oui Avec difficulté Non

Vous vous repérez dans les moments de l'année : Oui Avec difficulté Non

Vous vous repérez dans les lieux habituels : Oui Avec difficulté Non

Vous vous repérez dans des lieux inconnus : Oui Avec difficulté Non

● Sommeil

Votre sommeil est : Correct Correct avec un traitement Difficile

● Continence

Utilisez-vous des protections : Oui, le jour Oui, la nuit Non

Si oui vous les gérez seul (e) : Oui Non

● **Alimentation**

Vous préparez vos repas seul : Oui Avec difficulté Non

Vous vous servez seul(e) : Oui Avec difficulté Non

Votre repas doit être : Mixé Haché De texture normal

Précisions éventuelles :

.....

.....

.....

Nom de la personne ayant renseigné le Volet Autonomie :

Fonction ou qualité si cette personne n'est pas le demandeur :

Date :

Signature :



A L'ENTRÉE

Date :

Caractéristiques actuelles de la
personne :.....

.....
.....
.....
.....

● Motif de la demande

● Attitude de la personne vis-à-vis de l'entrée dans l'Etablissement

● Etat physique (sans entrer dans les détails médicaux)

● Etat psychologique



DOSSIER BILAN D'AUTONOMIE

(Remplir par le médecin traitant)

Nom du patient : Prénom :

GRILLE AGGIR		AUTONOMIE		
		A	B	C
1. Cohérence Conserver et/ou se comporter de façon logique et sensée				
2. Orientation Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux				
3. Toilette du haut et du bas du corps Concerner l'hygiène corporelle	Haut			
	Bas			
4. Habillage (haut, moyen, bas) S'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut			
	Moyen			
	Bas			
5. Alimentation Se servir et manger les aliments préparés	Se servir			
	Manger			
6. Elimination urinaire et fécale Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire			
	Fécale			
7. Transferts Se lever, se coucher, s'asseoir				
8. Déplacements à l'intérieur Avec ou sans canne, déambulateurs, fauteuil roulant				
9. Déplacements à l'extérieur A partir de la porte d'entrée sans moyens de transport				
10. Communication à distance Utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette				



PRÉCISIONS CONCERNANT LES VARIABLES DISCRIMINANTES

1. Cohérence :
2. Orientation :
3. Toilette du haut et du bas du corps :
4. Habillage (Haut, moyen, bas) :
5. Alimentation :
6. Elimination urinaire et fécale :
7. Transferts :
8. Déplacements à l'intérieur :

SOINS ET AIDES EXISTANTS :

Soins	OUI	NON
Toilette		
Actes techniques infirmiers		
Aide à la prise de médicaments		
Acte de kinésithérapie		

AIDES TECHNIQUES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Déambulateur		
Lit médicalisé		
Lève malade		
Matériel à usage unique (protections, alèses)		
Autres (préciser)		

Date de l'évaluation :

Nom et Signature :

