

| | |
|----------------------------|--|
| Date dépôt dossier | |
| Date réception secrétariat | |
| Date commission | |



Madame, monsieur,

Vous envisagez de vous inscrire dans une résidence autonomie gérée par le CCAS de Cherbourg-en-Cotentin. Le présent dossier est le même pour l'ensemble des 6 résidences.

| | | |
|------------------|----------------|---------------------|
| LA CHANCELIERE | - LA GLACERIE | Tél. 02.33.88.53.53 |
| LA CHENAIE | - QUERQUEVILLE | Tél. 02.33.01.65.10 |
| LES MYOSOTIS | - TOURLAVILLE | Tél. 02.33.22.36.22 |
| LA NOE | - TOURLAVILLE | Tél. 02.33.22.98.12 |
| LES ROQUETTES | - OCTEVILLE | Tél. 02.33.04.38.91 |
| LE VIEUX CHATEAU | - CHERBOURG | Tél. 02.33.94.47.82 |

Il vous appartient donc de compléter ce dossier et de prendre contact avec le ou les établissements pour étudier votre inscription.

Il est indispensable de prendre rendez-vous afin de rencontrer le responsable ou sa représentante et de programmer une visite de l'établissement

Si ce dossier concerne votre parent ou proche, nous insistons également sur l'importance de bien informer et de préparer le futur résident à son admission et qu'il en soit d'accord.

Les responsables et leurs équipes sont à votre disposition pour vous aider dans vos démarches.

Cette inscription est valable 1 an et doit être renouvelée à ce terme par courrier.

Une fois le dossier déposé et analysé par les responsables, il sera transmis au CCAS et un accusé de réception vous sera adressé. Une commission d'admission unique, qui se réunit une fois par mois validera la demande et vous en serez informé par écrit.

Il vous appartient, lors de l'entretien que vous aurez avec la responsable de l'établissement de préciser si votre choix se porte sur un établissement en particulier et de classer vos préférences de choix étant donné que ce dossier peut concerner tous nos établissements.

Etablissement(s) souhaité(s) (sélectionner par ordre de préférence) :

| | | | |
|------------------|----------------|--------------------------|------|
| LA CHANCELIERE | - LA GLACERIE | <input type="checkbox"/> | |
| LA CHENAIE | - QUERQUEVILLE | <input type="checkbox"/> | |
| LES MYOSOTIS | - TOURLAVILLE | <input type="checkbox"/> | |
| LA NOE | - TOURLAVILLE | <input type="checkbox"/> | |
| LES ROQUETTES | - OCTEVILLE | <input type="checkbox"/> | |
| LE VIEUX CHATEAU | - CHERBOURG | <input type="checkbox"/> | |
| Indifférent | | <input type="checkbox"/> | |

Type de logement souhaité :

| | |
|---------------------|--------------------------|
| Studio (20 m2 env.) | <input type="checkbox"/> |
| F1bis | <input type="checkbox"/> |
| F2 | <input type="checkbox"/> |
| Indifférent | <input type="checkbox"/> |

IDENTITE

NOM : NOM JEUNE FILLE :

PRENOM : SEXE : Masculin Féminin

DATE DE NAISSANCE : / / Lieu de Naissance :

ADRESSE

Rue :

Code Postal : Commune :

N° Téléphone : _ / _ / _ / _ / _ / _ N° Portable : _ / _ / _ / _ / _ / _

Mail.....

SITUATION DE FAMILLE ET MODE DE VIE HABITUEL Marié Célibataire Veuf / Veuve Divorcé(e) Séparé(e)

Date décès conjoint : _ / _ / _

 Vit seul(e) Avec le conjoint Avec les enfants En institution Nom et lieu : Depuis quand : A son domicile Sans aide Chez des proches Avec aide : Aide à domicile Tierce-personne Voisin, famille IDE / SSIAD**MOTIF DE LA DEMANDE** Choix de vie Isolement Sécurité Inadaptation du logement actuel Rapprochement familial Autre.....**DEMANDE D'ADMISSION FAITE PAR :**L'intéressé(e) La Famille Les intervenants Précisez :La personne est-elle informée de son inscription en institution : Oui NonEst-elle d'accord d'être accueillie en institution : Oui Non**MEDECIN TRAITANT**

NOM :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Téléphone : _ / _ / _ / _ / _ / _

SOCIAL

N° de Sécurité Sociale : _ _ _ _ _ / _ _

Caisse d'Assurance Maladie :

Adresse Caisse :

Mutuelle Complémentaire : OUI NON

Si oui, laquelle :

Adresse :

Caisse d'Assurance Vieillesse :

Caisse de Retraite Complémentaire (toutes) :

.....
.....

Y a-t-il un dossier APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) : Oui Non En cours

Si oui, date du dernier plan d'aide APA et GIR :/...../..... GIR

RESSOURCES MENSUELLES

.....
.....

Le demandeur bénéficie-t-il d'une Aide au Logement : Oui Non

OBSERVATIONS DIVERSES (habitudes de vie, pratiques religieuses, etc.)

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

PERSONNES A CONTACTER (la première citée est le référent)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Téléphone : _/_/_/_/_/_/_ Portable : _/_/_/_/_/_/_ courriel :

Lien de parenté ou qualité* :

(*) = en vertu d'une décision de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice prise par le tribunal d'instance de : (joindre ampliation du jugement)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Téléphone : _/_/_/_/_/_/_ Portable : _/_/_/_/_/_/_ courriel :

Lien de parenté :

Nom et Prénom : Date : _ _ _ / _ _ _ / _ _ _

Signature :

LES ENFANTS : nombre et coordonnées (copie du livret de famille)

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Téléphone : _ / _ / _ / _ / _ / _ Portable : _ / _ / _ / _ / _ / _ Courriel : _____

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Téléphone : _ / _ / _ / _ / _ / _ Portable : _ / _ / _ / _ / _ / _ Courriel : _____

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Téléphone : _ / _ / _ / _ / _ / _ Portable : _ / _ / _ / _ / _ / _ Courriel : _____

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Téléphone : _ / _ / _ / _ / _ / _ Portable : _ / _ / _ / _ / _ / _ Courriel : _____

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Téléphone : _ / _ / _ / _ / _ / _ Portable : _ / _ / _ / _ / _ / _ Courriel : _____

Renseignements financiers : cocher la case correspondante :

- Le ou la futur(e) résident(e) envisage d'assurer le paiement du prix de journée sur ses revenus
- Le ou la futur(e) résident(e) envisage de demander l'aide sociale à l'hébergement

QUESTIONNAIRE MEDICAL (moins de 2 mois)

(Sous pli confidentiel)

A remplir par le médecin traitant

Rempli le : ___/___/___ Par :
(Nom et fonction)

Personne concernée : Nom : **Prénom :**

MOTIF(s) principal (aux) pour lesquels le maintien à domicile ou dans l'institution précédente n'est plus possible

Antécédents médicaux et chirurgicaux
.....
.....
.....
.....
.....

Traitement actuel (ou joindre la dernière ordonnance)
.....
.....
.....

Elimination
- Urinaire Continence
Incontinence urinaire diurne : Occasionnelle Fréquente
Incontinence urinaire nocturne : Occasionnelle Fréquente

Etui pénien Sonde urinaire Protection usage unique Vrostmie
- Fécale
Continence Incontinence Colostomie

Protection à usage unique : Oui Non Diurne Nocturne

Communication

Troubles du langage : Absence Modérés Sévères
Troubles de l'Audition : Absence Modérés Sévères
Troubles de la Vision : Absence Modérés Sévères

Psychique :Existe-t-il des troubles ?**De la mémoire :** Absence Modérés Sévères **De la désorientation :** Absence Modérés Sévères **Conduite déambulation :** Absence Modérés Sévères **Risques de fugue :** Absence Modérés Sévères **Conduite d'opposition :** Absence Modérés Sévères **Cris :** Absence Modérés Sévères La personne doit-elle être admise dans une unité fermée adaptée pour personnes désorientées ?
 Oui Non Ne sait pasY a-t-il eu une évaluation neuropsychologique : Oui Non

Si oui, à quelle date :/...../..... Où ?

DiversAllergies connues : Oui Non

Si oui, lesquelles :

Escarres : oui non Vaccinations : Tétanos Grippe Pneumo 23 **AUTONOMIE****Locomotion****A) Transfert :** Seul Avec aides Passivement Ne marche pas **B) Déplacement :** Seul Avec difficultés Tierce personne nécessaire
Ne se déplace pas Fauteuil roulant Cannes Déambulateur **C) Antécédents chutes sur les trois derniers mois :** 0 1 à 3 4 ou plus **Alimentation**Mange seul(e) Aide partielle Aide totale
Trouble de la déglutition Oui Non
Alimentation entérale : sonde naso-gastrique Oui Non
: Gastrotomie Oui Non **Habillage/Hygiène corporelle**Douche seul(e) Aide partielle Aide totale
Toilette seul(e) Aide partielle Aide totale
Habillage seul(e) Aide partielle Aide totale

Signature et tampon du Médecin

INFORMATIONS

Documents qui seront à remettre **lors de l'admission** dans l'établissement :

- Livret de famille ou photocopie de la pièce d'identité
- Carte d'assuré social et attestation des droits à jour
- Carte de mutuelle à jour
- Le dossier d'inscription
- Justificatifs de ressources : caisses de retraite, allocations diverses ou autres revenus
- Photocopie de l'avis d'imposition de l'année précédente

Les personnes résidants dans l'établissement peuvent prétendre à l'Aide Personnalisée au Logement ou l'Aide au Logement versée soit par la Caisse d'Allocations Familiales soit par la Mutualité Sociale Agricole de Saint-Lô, directement à l'établissement ou au résident. Cette allocation étant soumise à des conditions de ressources, il est nécessaire de se renseigner auprès des organismes concernés.

Lorsque la personne concernée et la famille sont dans l'impossibilité de régler la totalité des frais de séjour, une demande d'aide sociale doit être effectuée auprès du Service Départemental d'Action Sociale de la Manche. Dans ce cas, les documents demandés ci-dessus seront à fournir le jour de l'admission.

GLOSSAIRE

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

Dossier de demande : Ce dossier est délivré par les services du conseil général de votre département. Vous pouvez également vous le procurer auprès d'organismes de sécurité sociale, sociaux ou médico-sociaux (notamment les Centres Communaux ou Intercommunaux d'Action Sociale), de mutuelles ou de services d'aide à domicile, s'ils ont conclu une convention avec le département. Versée directement aux établissements, cette aide est évaluée en fonction du niveau de dépendance de la personne (GIR 1 à 4). Vous pouvez obtenir plus de précisions auprès des établissements.

Aide sociale :

Lorsque la personne concernée et la famille sont dans l'impossibilité de régler la totalité des frais de séjour, une demande d'aide sociale peut être formulée auprès du Service Départemental d'Action Sociale de la Manche, en s'adressant à la mairie de votre domicile ou aux CLIC.

APL : Aide Personnalisée au Logement ou l'Allocation Logement

Versée soit par la Caisse d'Allocations Familiales directement à l'établissement gestionnaire soit par, la Mutualité Sociale Agricole de Saint-Lô. Cette allocation étant soumise à des conditions de ressources, il est utile de se renseigner auprès des organismes concernés ou des établissements.

GIR : Groupe Iso Ressources

Représente le degré ou la classification de dépendance d'une personne. Echelonné de 6 à 1 : 1 étant le degré de dépendance le plus important.

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

Les CLIC ont pour mission de coordonner les différents acteurs locaux sanitaires et sociaux et médecins généralistes autour de trois niveaux d'action : l'évaluation des besoins et des aides, l'information et le suivi permettant le maintien ou le retour à domicile.

IDE : Infirmier(es) Diplômé(es) d'Etat

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile sont des services sociaux et médico-sociaux au sens du code de l'action sociale et médico-sociale.

Ils assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Tutelle, curatelle :

La [loi du 5 mars 2007](#) (LOI n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs (1)) réformant la protection juridique des majeurs entrera en vigueur pour l'essentiel le 1er janvier 2009 et modifiera les mesures de sauvegarde de justice, curatelle, et tutelle, dont les points suivants :

Ces mesures s'adresseront uniquement aux personnes dont l'altération des facultés (certifiée par un médecin inscrit sur une liste établie par le procureur de la République) ne leur permet plus de pourvoir seules à leurs intérêts, et lorsqu'il n'existe aucune autre solution moins contraignante. Les mesures seront confiées en priorité à la famille.

Pour demander ces mesures, seule la personne à protéger, des membres de sa famille ou d'autres proches et le procureur de la République, pourront saisir le juge des tutelles. Le juge ne pourra plus se saisir lui-même.

De nouvelles mesures d'accompagnement à la gestion des prestations sociales concerneront les personnes en grande difficulté sociale mais dont les facultés ne sont pas altérées.

Enfin, il devient possible, dès le 9 mars 2007, d'organiser à l'avance sa propre protection juridique, sous certaines conditions, par un nouveau contrat appelé "mandat de protection future".