



# COTTAGE DE LA RESIDENCE DOSSIER DE DEMANDE D'ENTREE

RESIDENCE SENIOR DE LA GUERCHE  
58 Chemin de la Guerche  
VILLEQUIER  
76490 Rives-en-Seine

## PARTIE RÉSERVÉE A L'ÉTABLISSEMENT

Dossier reçu le : ...../...../.....

Décision de la commission d'admission :

**ACCEPTE**

**REFUSE (motif : .....)**

L'établissement accueille des personnes seules ou en couple.

L'admission est prononcée par une commission après :

- Examen du dossier administratif d'entrée et financier.
- La visite de l'établissement et un entretien avec le futur locataire.
- Un court séjour d'une semaine (facturé 25€/nuit) suivi d'un bilan avec le futur locataire

Le locataire s'engage à fournir les pièces administratives demandées pour clôturer son admission.

#### REEMPLIR PAR LE DEMANDEUR

### ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de naissance (suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date et lieu de naissance

Adresse

Tél.

Adresse email

Y a-t-il également une demande d'entrée du conjoint : ☐ Oui ☐ Non

### SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire ☐ Vit maritalement ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf (ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)

Nombre d'enfant (s)

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

☐ Domicile ☐ Chez enfant/proche ☐ Logement foyer ☐ Hôpital ☐ Service Aide à Domicile

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

☐ Oui

☐ Non

☐ En cours

Si oui, laquelle : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde en justice

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint, etc.) :

**PERSONNE À CONTACTER (enfants/confiance)**

1- Nom et Prénom

Adresse

Tél

Lien avec le demandeur

2- Nom et Prénom

Adresse

Tél

Lien avec le demandeur

3- Nom et Prénom

Adresse

Tél

Lien avec le demandeur

4- Nom et Prénom

Adresse

Tél

Lien avec le demandeur

**DOSSIER FINANCIER A FOURNIR :**

- Photocopie dernier avis d'imposition
- Photocopie justificative des revenus (retraite, retraite complémentaire)

**LOGEMENT + FORMULE STANDARD + services à la demande (½ pension/pension complète/lingerie)**

| Charges mensuelles fixes*          |                         |                                 | Services à la demande* |                  |          |
|------------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------|------------------|----------|
| Logement                           | Loyer charges comprises | Formule standard (par résident) | ½ pension              | Pension complète | Lingerie |
| Studio<br>21m <sup>2</sup>         | 230€                    | 306€                            | 220€                   | 470€             | 21€      |
| Appartement T2<br>33m <sup>2</sup> | 350€                    | 306€                            | 220€                   | 470€             | 21€      |
| Appartement T2<br>42m <sup>2</sup> | 461€                    | 306€                            | 220€                   | 470€             | 21€      |

\*Tarifs révisés chaque année

La résidence n'offre pas de système de téléassistance.

**CONSEILS PRATIQUES****Quelles sont les aides financières possibles ?**

- **LES AIDES AU LOGEMENT** (allocation logement)

**Où s'adresser ?**

- à la Caisse d'allocations familiale de votre domicile

- **L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) EN ÉTABLISSEMENT VERSÉE PAR LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL :**

**Où s'adresser ?**

- à la mairie de votre domicile
- à télécharger sur le site du Conseil Départemental de Seine Maritime

- **DES AIDES DES CAISSES DE RETRAITES, DE MUTUELLES ET DE PRÉVOYANCE PEUVENT ÉVENTUELLEMENT VOUS ÊTRE ATTRIBUÉES POUR PARTICIPER A VOS FRAIS D'HÉBERGEMENT :**

**Où s'adresser ?**

- auprès du service social de vos caisses.

## ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA) :

☐ Oui ☐ Non

Nom du référent APA :

# VOLET 3

## FICHE D'AUTONOMIE / SANTE A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

- Êtes-vous autonome pour tous les actes de la vie quotidienne ? ☐ Oui ☐ Non

Dans la négative, bénéficiez-vous d'une aide à la personne ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, par qui ?

*NB : Afin d'étudier correctement votre situation, nous vous demandons un certificat médical qui précise votre niveau d'autonomie (selon la grille AGGIR). La résidence ne pouvant accueillir des personnes dont le GIR serait inférieur à 5. En fonction de l'évolution, un certificat de réévaluation de votre autonomie pourra vous être redemandé par la direction de l'établissement.*

- Avez-vous un problème de santé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel est-il ? .....

- Autre situation qu'il vous semblerait importante de nous communiquer : .....

- Avez-vous besoin d'une aide pour l'entretien de votre logement ? ☐ Oui ☐ Non

Fait le :

A :

Signature du demandeur

*NB : En fonction des réponses apportées, une orientation vers un prestataire de service de maintien à domicile peut être demandée par la direction.*

*En fonction de l'évolution de la situation, la direction peut proposer une redirection vers un EHPAD ou autre établissement.*