

# C.C.A.S de DAMELEVIÈRES



Résidence Autonomie  
« *André CLAUDEL* »

2, Rue de la Résistance  
54360 DAMELEVIÈRES

Tél: 03.83.75.75.23

Courriel : ccas.fpa.damelevieres@wanadoo.fr

## DOSSIER D'INSCRIPTION : VOLET ADMINISTRATIF

### DOSSIER D'INSCRIPTION : VOLET ADMINISTRATIF

#### ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur  Madame

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

Prénom (s)

Date de naissance \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation /

#### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal / / / / / / / /

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Téléphone portable \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

#### SITUATION FAMILIALE

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

Nombre d'enfant(s)

#### 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 (événement familial récent, décès du conjoint...) :

**A NE REMPLIR QUE SI VOUS ETES SOUS TUTELLE, CURATELLE, MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**

**ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL**

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 \_\_\_\_\_

**A NE REMPLIR QUE SI VOUS AVEZ DESIGNÉ PAR ECRIT UNE PERSONNE**

**PERSONNE DE CONFIANCE (article L.1111.6 du Code de la santé publique)**

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 a 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

## **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 a 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

## **COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)**

Autre personne à contacter

Nom de famille (de naissance)

*(Suivi, s'il y a 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 DIVERS**

Aide sociale à l'hébergement      OUI  NON  Demande en cours envisagée   
Allocation logement (APL/ALS)    OUI  NON  Demande en cours envisagée   
Allocation personnalisée à l'autonomie\* OUI  NON  Demande en cours envisagée   
Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne    OUI  NON   
Autres : Caisses retraite                    OUI  NON  Demande en cours envisagée   
                 Aide-ménagère                    OUI  NON  Demande en cours envisagée

### **COMMENTAIRES**

**DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT  DANS LES 6 MOIS  ECHEANCE PLUS LONTAINE**

**Date de la demande : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**Signature de la personne concernée**

**Ou de son représentant légal**

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

\* Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

# DOSSIER AUTONOMIE

*Document à faire remplir par le **médecin traitant** et à remettre à la directrice de l'établissement  
(sous pli confidentiel ☞ dossier médical)*

Nom de naissance du demandeur suivi du nom d'usage

.....

Prénom.....

Date de naissance du demandeur.....

<u>VARIABLES DISCRIMINANTES</u>	Fait seul(e) Totalement Habituellement correctement	Fait partiellement Non habituel Non correcte	Ne fait pas
<b>COHERENCE</b> : Converser et /ou se comporter de façon sensée			
<b>ORIENTATION</b> : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
<b>TOILETTE DU HAUT DU CORPS</b> : Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains			
<b>TOILETTE DU BAS DU CORPS</b> : Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds			
<b>HABILLAGE HAUT</b> : Le fait de passer les vêtements par la tête et /ou les bras			
<b>HABILLAGE MOYEN</b> : Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles			
<b>HABILLAGE BAS</b> : le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures			
<b>ALIMENTATION / MANGER</b> : Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler			
<b>ELIMINATION URINAIRE</b> : Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			
<b>ELIMINATION FECALE</b> : Assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
<b>TRANSFERTS</b> : Se lever, se coucher, s'asseoir			
<b>DEPLACEMENT A L'INTERIEUR</b> : Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant			
<b>DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR</b> : A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> : Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme			
<u>VARIABLES ILLUSTRATIVES</u>			
<b>GESTION</b> : Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens			
<b>CUISINE</b> : Préparer ses repas et les conditionner pour être servis			
<b>MENAGE</b> : Effectuer l'ensemble des travaux ménagers			
<b>TRANSPORT</b> : prendre et /ou commander un moyen de transport			
<b>ACHATS</b> : acquisition directe ou par correspondance			
<b>SUIVI DE TRAITEMENT</b> : se conformer à l'ordonnance du médecin			
<b>ACTIVITE DE TEMPS LIBRE</b> : sportives, culturelles, sociales etc			

**LA GRILLE AGGIR CLASSE LES PERSONNES  
EN 6 NIVEAUX DE DEPENDANCE**

**Cochez le GIR correspondant à la personne évaluée.**

<p>Le <b>groupe iso-ressources 1</b> comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.</p>	<b>GIR 1</b>  <input type="checkbox"/>
<p>Le <b>groupe iso-ressources 2</b> comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.</p>	<b>GIR 2</b>  <input type="checkbox"/>
<p>Le <b>groupe iso-ressources 3</b> réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.</p>	<b>GIR 3</b>  <input type="checkbox"/>
<p>Le <b>groupe iso-ressources 4</b> intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.</p>	<b>GIR 4</b>  <input type="checkbox"/>
<p>Le <b>groupe iso-ressources 5</b> comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.</p>	<b>GIR 5</b>  <input type="checkbox"/>
<p>Le <b>groupe iso-ressources 6</b> réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.</p>	<b>GIR 6</b>  <input type="checkbox"/>

Date:.....

Nom du médecin.....

Cachet et signature