



Maison de l'Automne

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

44 Rue Amblard 26000 Valence

Tél : 04.75.78.29.20 Fax : 04.75.78.89.20

Email : maison-automne@diaconat-valence.org

Date de réception du dossier* : | | | | | | | | | |

Demande d'admission

Nom :Nom de jeune fille :

Prénom

.....

Date et lieu de naissance : | | | | | | | | | |

Situation familiale : célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e)

Retraité(e) depuis le

.....

Adresse

.....

.....Téléphone : | | | | | | | | | |

Profession

antérieure.....

N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | |

Centre de paiement :

Société mutualiste

N° Caf ou MSA :

Caisses de retraite - adresses

.....

.....

.....

Nom du médecin traitant :

Adresse

.....

Téléphone : | | | | | | | | | |

Nom du médecin spécialiste, s'il y a lieu

.....

Adresse

.....

Téléphone : | | | | | | | | | |

* Si vous souhaitez recevoir le justificatif de la date d'inscription de votre dossier, merci de joindre une enveloppe timbrée pour la réponse.

① **Nombre d'enfants**

Nom - Prénom	Adresse exacte + numéro de téléphone	Situation de famille + nombre d'enfants

② **Voisins ou amis proches susceptibles d'entourer la personne âgée**

Nom - Prénom	Adresse

③ **Aide à domicile actuelle**

Aide ménagère : Service d'aide ménagère :

.....

Nombre d'heures :

.....

Participation de la personne âgée :

.....

Caisse de retraite :

.....

Garde de nuit

.....

Soins à domicile

.....

Tierce personne :

Repas à domicile :



Maison de l'Automne

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

44 Rue Amblard 26000 Valence

Tél : 04.75.78.29.20 Fax : 04.75.78.89.20

Email : maison-automne@diaconat-valence.org

④ Conditions de vie

Précisez si la personne vit :

- seule, à son domicile
- avec un conjoint
- chez un enfant
- dans un établissement

Son comportement et/ou ses difficultés dans le lieu de vie actuel :.....

.....

...

.....

...

.....

...

⑤ Les raisons pour lesquelles vous envisagez un placement

- solitude
- meilleur confort
- problèmes de santé
- recherche de sécurité
- besoin d'aide

Souhaitez-vous :

- un accueil de jour
- un hébergement complet et permanent
- un hébergement temporaire

⑥ Quels soutien et participation, l'entourage familial peut-il vous apporter ? (autre que financier)

.....

.....

.....

.....

⑦ Revenus

Ressources	Caisse	Montant	Périodicité
Retraite principale			
Retraite complémentaire			
Invalidité			
Autres revenus			

⑧ Correspondants de la personne âgée

A/ Nom : Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone : - domicile : | | | | | | | | | |

- travail : | | | | | | | | | |

Lien de parenté

:

B/ Nom : Prénom :

Adresse

:

.....

.....

Téléphone : - domicile : | | | | | | | | | |

- travail : | | | | | | | | | |

Lien de parenté :

En cas d'urgence

J'autorise l'établissement à prendre les mesures qui s'imposent et je souhaite être conduit(e), le cas échéant :

au centre hospitalier
de

à la clinique
de

Pièces à Fournir

- Copie du Livret de famille
- Une photocopie de la carte d'assuré social
- Une photocopie de la carte mutuelle
- Les justificatifs des ressources ou lettre d'engagement à régler
- Une photocopie de l'avis d'imposition ou non-imposition de l'année précédant la demande