



Centre Communal de l'Action Sociale de REMIREMONT
Représenté par : une personne morale, son/sa Président(e)
Adresse : 5, Place du Batardeau – 88200 REMIREMONT
Téléphone : 03.29.23.39.08 – **Email :** ccas@remiremont.fr
SIRET : 268 800 448 00048

Volet 1

DOSSIER DE PRE-ADMISSION RESIDENCE AUTONOMIE

Résidence du Parc et de la Paltrée



Cadre réservé à l'établissement :

À lire avant de remplir le dossier

Les **résidences autonomie** sont des établissements sociaux et médico-sociaux au sens de l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles et de l'article 10 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement dite « Loi ASV » du 28 décembre 2015.

Ce sont des lieux de vie **non-médicalisés** proposant des logements à titre de résidence principale.

Ces établissements ont pour principale mission de répondre aux besoins et aux attentes des seniors encore autonomes dans les gestes de la vie quotidienne et désireux de vivre en collectivité. Ils garantissent aux personnes qui y sont hébergées, un cadre confortable et sécurisé, favorisant la préservation de l'autonomie et la lutte contre l'isolement social.

Le dossier d'admission comprend :

- Une partie administrative : à compléter par la personne ou son représentant.
- Une partie médicale : remplie par vos soins, confirmant que l'état de santé est compatible avec la vie en résidence autonomie.

Il se compose de 2 volets :

- **Le volet n°1** constitue une préadmission et non une inscription définitive sur la liste d'attente. Il vous offre uniquement la possibilité d'accéder à la visite des logements disponibles.
- **Le volet n°2** confirme votre souhait d'être admis en résidence autonome. Il est à remplir à l'issue de la visite. Le formulaire est à retirer auprès du secrétariat du CCAS.

Votre inscription sur la liste d'attente ne sera effective qu'après réception de l'ensemble des documents administratifs et médicaux et avis favorable de la commission en charge de statuer sur la recevabilité de votre demande.

1. Informations personnelles

Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse mail :@.....

2. Situation familiale

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

Conjoint (si concerné) :

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance : / /

3. Mesure de protection juridique

☐ Aucune

☐ Oui, type :

Nom et coordonnées du représentant légal / organisme :

.....

4. Modalités d'entrée

Motif de la demande d'intégration en résidence autonomie :

Date d'entrée souhaitée :

☐ Dès que possible

☐ Dans les 6 mois

☐ Plus tard :

5. Logement actuel

- ☐ Domicile (☐ Maison ☐ Appartement ☐ Propriétaire ☐ Locataire)
- Nombre de pièces (hors cuisine et SDB) :
 - Montant du loyer : €
 - Montant de l'aide au logement : €
- ☐ Hospitalisation, si oui – nom de l'établissement :
- ☐ EHPAD, si oui – nom de l'établissement:

6. Ressources mensuelles

	Nature des revenus	Organisme payeur	Montant (€)
Demandeur			
Conjoint (si concerné)			
Total des ressources :€			

7. Aides à domicile (si concerné)

-
- APA : ☐ Oui / ☐ Non – GIR :
- Aide à domicile : ☐ Oui / ☐ Non – Organisme :
 - Fréquence : fois / semaine – Heures : h
- Soins infirmiers : ☐ Oui / ☐ Non – Fréquence :
- Téléalarme : ☐ Oui / ☐ Non

8. Médecin traitant

- Nom :
- Adresse :
- Téléphone :

Questionnaire d'auto-évaluation – Actes de la vie quotidienne

Merci de cocher la réponse qui correspond le mieux à votre situation habituelle.

A. Se laver (toilette, douche, bain)

- ☐ Je me lave seul(e), sans difficulté
- ☐ Je me lave seul(e) mais avec un peu de temps ou d'aide ponctuelle
- ☐ J'ai besoin d'aide régulière pour me laver
- ☐ Je ne peux pas me laver seul(e)

B. S'habiller / se déshabiller

- ☐ Je m'habille seul(e), sans difficulté
- ☐ Je m'habille seul(e) mais avec un peu de temps ou d'aide ponctuelle
- ☐ J'ai besoin d'aide régulière pour m'habiller
- ☐ Je ne peux pas m'habiller seul(e)

C. Se lever / se coucher / s'asseoir

- ☐ Je me lève et me couche seul(e), sans difficulté
- ☐ Je le fais seul(e) mais avec une certaine difficulté
- ☐ J'ai besoin d'aide régulière pour me lever ou me coucher
- ☐ Je ne peux pas le faire seul(e)

D. Faire les courses

- ☐ Je fais mes courses seul(e)
- ☐ Je fais mes courses seul(e) mais difficilement (poids, distance...)
- ☐ J'ai besoin d'aide régulière pour les courses
- ☐ Je ne peux pas faire mes courses

E. Entretien du logement

- ☐ J'entretiens mon logement seul(e)
- ☐ Je fais un peu de ménage mais pas tout
- ☐ J'ai besoin d'aide régulière
- ☐ Je ne peux pas entretenir mon logement

F. Prendre ses médicaments

- ☐ Je prends mes médicaments seul(e), sans aide
- ☐ J'ai parfois besoin d'aide (oublis, préparation des piluliers...)
- ☐ J'ai besoin d'aide régulière pour prendre mes médicaments
- ☐ Je ne peux pas gérer mes médicaments seul(e)

9. Pièces à joindre au dossier

- ☐ Carte d'identité (recto/verso)
- ☐ Dernier avis d'imposition
- ☐ Dernière quittance de loyer (si locataire)
- ☐ Jugement de protection (si applicable)

Date de la demande :

Signature de la personne concernée OU de son représentant