



# DOSSIER D'INSCRIPTION

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../ ...../ .....

Hébergement permanent  Hébergement temporaire

Date de la demande : ...../ ...../ .....

## DOSSIER ADMINISTRATIF

### ETAT CIVIL

Monsieur  Madame

Nom : .....

Nom de Jeune Fille : .....

Prénom(s) : .....

Date et lieu de Naissance : ...../...../..... à .....

Nationalité : .....

### SITUATION FAMILIALE

Mariée  Veuf, Veuve  Divorcé(e), séparé(e)  Célibataire

Depuis le ...../...../.....

### CONJOINT(E) (Pour l'admission d'un couple) :

Monsieur  Madame

Nom : .....

Nom de Jeune Fille : .....

Prénom(s) : .....

Date et lieu de Naissance : ...../...../..... à .....

Nationalité : .....

## MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Êtes-vous sous sauvegarde de justice ?  Oui  Non

Si oui :  Tutelle  Curatelle simple  Curatelle renforcée

Coordonnées du curateur ou du tuteur, représentant légal :

.....  
.....

## FAMILLE/ PROCHES

NOM	PRÉNOM	ADRESSE (N° de Téléphone)

## RÉFÉRENT

Présence d'un aidant :  OUI  NON

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Lien avec la personne demandeuse : .....

Téléphone : .....-.....-.....-.....-.....

Courriel : .....@.....

Désignation d'une personne de confiance :  OUI  NON

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Lien avec la personne demandeuse : .....

Téléphone : .....-.....-.....-.....-.....

Courriel : .....@.....

**CAISSE D'ASSURANCE MALADIE :**

N° d'immatriculation : ... ..

Organisme : .....

Adresse : .....

**MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE :**

OUI  NON

Si oui, laquelle .....

**CAISSE DE RETRAITE**

(indiquer l'adresse et le N° d'Immatriculation pour chacune de vos pensions)

Principales :

.....  
.....

Complémentaires :

.....  
.....

**AUTRES ORGANISMES :**

Allocation Adulte Handicapé :

OUI  NON

AUTRES :

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

## SITUATION SOCIALE

### ADRESSE ACTUELLE :

.....  
.....

Propriétaire  Locataire  Autre

Domicile  Chez un enfant/ proche  Autres, préciser : .....

Depuis le .....

### ACTIVITE

Avant la Retraite .....

### EN CAS D'URGENCE, quelle personne pouvons-nous contacter ?

Nom, Prénom .....

Nom, Prénom .....

Adresse .....

Adresse .....

N° de Téléphone .....-.....-.....-.....

N° de Téléphone .....-.....-.....-.....

Lien de Parenté éventuel .....

Lien de Parenté éventuel .....

### BÉNÉFICIEZ-VOUS DES SERVICES SUIVANTS AVANT L'ENTRÉE EN MARPA ?

SAAD  SSIAD  SAP  Accueil de jour  HAD  Autre (précisez) : .....

Nom de la structure : .....

Organisme de prise en charge : .....

Nom de la structure : .....

Organisme de prise en charge : .....

Nom de la structure : .....

Organisme de prise en charge : .....

### Soins infirmiers à domicile :

OUI  NON      Si OUI :      Fréquence .....

Coordonnées du Service : .....

## CONTEXTE DE LA DEMANDE

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

## COORDONNÉES

Médecin traitant : .....

Pharmacie : .....

## OBSERVATIONS

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

## SOUHAITS

Seul(e)     En couple

Hébergement définitif    et/ou     Hébergement temporaire

Date souhaitée d'entrée : ...../ ...../ .....

Durée souhaitée : .....

Immédiatement     Dans les 6 mois     Échéance plus lointaine

Commentaires de l'établissement :

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

Le dossier administratif est constitué de pièces obligatoires :

- Photocopie de la carte nationale d'identité
- Photocopie du livret de famille avec mention marginale ou un extrait d'acte de naissance
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CSS (Complémentaire Santé Solidaire)
- Photocopie de la carte vitale
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition

Si vous êtes sous tutelle :

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Fait à Bréchaumont, le ...../ ...../ .....

Signature de(s) (l)'intéressé(e)s (ou du représentant légal) :