



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) :