



Centre Communal d'Action Sociale

13 Rue de Rigny 54200 TOUL

Tél : 03-83-63-76-27

**DOSSIER DE DEMANDE EN VUE D'UNE ADMISSION
DANS UNE RESIDENCE AUTONOMIE GÉRÉE PAR
LE CCAS DE LA VILLE DE TOUL**

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Dossier reçu le :

Etablissement (s) souhaité(s) :

1. LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HEBERGEMENT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE DEPOT : ____ / ____ / ____

Date d'entrée souhaité :

Immédiate : Oui Non

Dans 6 mois : Oui Non

Echéance plus lointaine : Oui Non

Admission avec le conjoint souhaité : Oui Non

Nom du conjoint : _____

Prénom du conjoint : _____

Date de naissance : _____

Etablissement(s) souhaité(s) :

(cochez les mentions utiles)

RESIDENCE PICQUOT



13 Bis Quai de la
Glacière- 54200 TOUL
Tél : 03-83-43-23-63

RESIDENCE DOUZAIN



19 Cours Raymond Poincaré-
54200 TOUL
Tél : 03-83-43-08-73

RESIDENCE CROSMARIE



115 Allée de la Louvière-
54200 TOUL
Tél : 03-83-43-08-90

Civilité : Madame Monsieur

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance : Nationalité :

Numéro de sécurité sociale :

Organisme de mutuelle :

Numéro allocataire CAF :

Caisse de retraite principale :

CARSAT MSA CNAV Autre : Précisez :

Caisse de retraite complémentaire :

AGIRC-ARRCO IRCANTEC IRCEM AG2R

Autre : Précisez :

Situation familiale (cocher la mention utile) :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En concubinage Divorcé(e) Séparé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : Oui Non

Désignation d'une personne de confiance² : Oui Non

Existence d'un animal de compagnie : Oui Non

Aides

Percevez-vous :

Au titre de la perte d'autonomie, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Oui Non

Au titre du handicap :

- Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) Oui Non

- Prestation de compensation du handicap (PCH) Oui Non

Avez-vous actuellement des aides à domicile ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

- Aide-ménagère
- Auxiliaire de vie (aide à la toilette, habillage, déshabillage)
- Portage de repas
- Passage infirmier (e)
- Autre (précisez) : _____

¹ Personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou une partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. La désignation d'une personne de confiance se fait par écrit.

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNEE A LA DATE DE LA DEMANDE

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence service seniors Long séjour Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard :

Code postal : Commune :

Téléphone : *(obligatoire pour organiser la prise de rendez-vous et traiter votre demande)* :
.....

Adresse email _____@_____

Contexte de la demande

- Rapprochement familial
- Logement inadapté
- Logement isolé
- Rompre la solitude
- Besoin de bénéficier de services (sécurité 24/24, restauration, animations.....)
- Autres (Précisez) : _____

3. COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : Oui Non
(si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : Oui Non
(Si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Personne A : Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Adresse A

N° voie, rue, boulevard :

Code postal : Commune :

Téléphone : *(obligatoire pour organiser la prise de rendez-vous et traiter votre demande)* :
.....

Adresse email _____@_____

Proche aidant : Oui Non

Personne de confiance : Oui Non

Personne B : Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Adresse B

N° voie, rue, boulevard :

Code postal : Commune :

Téléphone : *(obligatoire pour organiser la prise de rendez-vous et traiter votre demande)* :
.....

Adresse email _____@_____

Proche aidant : Oui Non

Personne de confiance : Oui Non

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : Oui Non En cours³

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice
 Habilitation familiale⁴

Etat civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Madame Monsieur

Nom de la personne ou dénomination sociale du service désigné :

.....

Prénom, s'il s'agit d'une personne :

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement :

.....

N° voie, rue, boulevard :

Code postal : Commune :

Téléphone : *(obligatoire pour organiser la prise de rendez-vous et traiter votre demande)* :

.....

Adresse email _____@_____

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? Oui Non

Nom :

Prénom :

Adresse

N° voie, rue, boulevard :

³ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée

⁴ L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil article 494-1 à 494-12).

Code postal : Commune :

Téléphone : *(obligatoire pour organiser la prise de rendez-vous et traiter votre demande)* :
.....

Adresse email _____@_____

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

Pièces justificatives

Vous venez de remplir votre demande de logement en résidence autonomie.

Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre :

- Une photocopie recto-verso de votre carte d'identité
- Une copie du jugement en cas de mesure de protection
- Une photocopie de votre numéro d'allocataire Caf
- Un certificat médical précisant que vous êtes « Apte à vivre en résidence autonomie » et une grille AGGIR (*Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources*) remplie par votre médecin généraliste
- Une photocopie de votre dernier avis d'imposition sur vos revenus
- Une photocopie du livret de famille
- Une photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
- Une photocopie de la carte vitale ou attestation CMU