

Situation sociale (suite)

Le médecin traitant

Nom du médecin traitant :

Ville :

Téléphone : | | | | | | | |

Personne ayant complété cette fiche (si différente de la personne âgée)

Famille : Tiers : Tuteur

Nom – Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : | | | | | | | | Téléphone portable : | | | | | | | |

Personnes à contacter

1) Référent administratif

Famille* : Tiers : Tuteur

Nom – Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : | | | | | | | | Téléphone portable : | | | | | | | |

2) Autre personne à contacter

Famille* : Tiers : Tuteur

Nom – Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : | | | | | | | | Téléphone portable : | | | | | | | |

3) Autre personne à contacter

Famille* : Tiers : Tuteur

Nom – Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : | | | | | | | | Téléphone portable : | | | | | | | |

* pour la famille, merci de préciser le lien de parenté.

Document à retourner
à un (ou plusieurs) établissement(s) de votre choix

Date de la demande : / /
Date de réception du dossier : / /
Enregistrement sur Gaelig35 : / /

Cachet de l'établissement :

Fiche préalable d'inscription en établissement(s) d'accueil pour personnes âgées

Document annexe : fiche médicale

Ce dossier d'inscription a été élaboré par le Département d'Ille-et-Vilaine après un travail avec les partenaires de l'action gérontologique.
Ce dossier se compose d'une fiche administrative et d'une fiche médicale à faire compléter par votre médecin traitant. Vous pouvez conserver cet original et faire autant de copies que d'inscriptions dans des établissements du département.
Une fois ce dossier renseigné, il vous appartiendra de prendre contact avec le responsable de l'établissement de votre choix.



Etat civil de la personne concernée

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Coordonnées

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : | | | | | | | |

Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance :

Département : | |

Personne de moins de 60 ans* : oui non

* Pour les personnes de moins de 60 ans souhaitant entrer en établissement, l'accord préalable du médecin-conseil départemental est requis, quel que soit le type d'accueil demandé.

Situation familiale

Marié(e) Séparé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Célibataire

Vit en couple

Autre :

Nombre d'enfants :

Type de demande

Demande d'hébergement

Indiquer les établissements retenus par ordre de priorité.

Pour les établissements multi-sites, indiquer le site retenu en priorité :

1-	2-
3-	4-
5-	6-

Type d'hébergement souhaité

- Permanent
 Non permanent

Si hébergement non permanent

temporaire* : du : ___ / ___ / ___ au : ___ / ___ / ___

accueil de jour : plutôt la journée plutôt la demi-journée
nombre de jours par semaine :

accueil de nuit nombre de nuits par semaine :

* La durée maximale dans l'année civile pour un accueil temporaire est fixée à 3 mois, en continu ou en discontinu.

La demande est faite par

- la personne âgée seule
 la personne âgée accompagnée d'une personne de sa famille
 une personne de sa famille seule
 la personne âgée accompagnée d'un tiers
 un tiers seul

La personne est informée de la démarche : Oui Non

Date d'entrée souhaitée

- le plus tôt possible
 dans l'année
 inscription de précaution : dans ce cas, merci d'informer l'établissement lorsque vous envisagerez votre entrée pour compléter votre dossier.

Raisons de l'inscription

Préciser les 2 principaux motifs en indiquant pour chacun le niveau de priorité (1 ou 2)

Motifs	Niveau de priorité	
Aggravation de la dépendance à domicile	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Sortie d'hôpital avec retour à domicile impossible	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Epuisement de l'entourage, perte de soutien familial	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Isolement, insécurité, lien social	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Inadaptation du logement	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Rapprochement familial	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Admission du conjoint en établissement	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Renseignements administratifs

Numéro de Sécurité sociale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Caisse de Sécurité sociale

CPAM MSA Autre :

Nom et adresse de la mutuelle

Numéro de mutuelle :

Aide personnalisée au logement

oui non
 APL Allocation logement

CAF ou MSA de :

N°d'allocataire :

Mesure de protection juridique

tutelle curatelle
 sauvegarde de justice mandat de protection future
 demande en cours

Nom et coordonnées du tuteur ou du curateur ou du mandataire :

Nom :

Téléphone : | _ | _ | _ | _ | _ | _

Situation sociale

Au moment de l'inscription, la personne vit :

en couple seule avec un membre de la famille

Au moment de l'inscription, la personne vit :

à son domicile en accueil familial dans un établissement

en milieu protégé est hospitalisée – si oui, où ?

Existe-t-il un plan d'aide à domicile ?

oui non

Si oui, quel est le nombre d'heures d'intervention ? par

Quel Département suit le dossier : Ille-et-Vilaine

Autre :

Quels sont les services intervenant au domicile ?

- Services ménagers
 Services d'aide et d'accompagnement à domicile
 Services de soins infirmiers à domicile