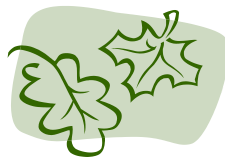


S
·
I
·
G
·
F
·



La CHESNAIE

1, rue des Uselles
77000 LIVRY SUR SEINE
☎ 01.60.68.25.21
☎ 01.64.38.97.46
✉ lachesnaie142@orange.fr

F
o
y
e
r
R
é
s
i
d
e
n
c
e

DEMANDE D'ACCUEIL

Appartement n° :

Entrée le :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse avant l'entrée :

.....
.....

Situation de famille : Célibataire Marié (e) Veuf (ve) Séparé(e)

Nombre d'enfant(s) :

Numéro de Sécurité Sociale : / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Numéro de mutuelle :

Nom et adresse mutuelle :

Régime général—Agricole

Caisse(s) de retraite :

.....

Date de la mise en retraite :

Mesure de protection Oui Non Si oui - Nom du Tuteur :

Adresse du tuteur :

.....

☎ :

APA Oui Non

Si oui - GIR :.....

CAF Oui Non

Si oui- Numéro d'allocataire :.....

Médecin traitant :.....

 :.....

Infirmier :.....

 :.....

Aide à domicile Oui Non

Si oui - Nom de l'Association :.....

Adresse :.....

.....

 :.....

ENTOURAGE FAMILIAL - PERSONNES A PREVENIR

Nom :.....Prénom :.....Lien de Parenté:.....

Adresse :.....

.....

 Bureau:.....

 Domicile :.....

) Portable :.....

Nom :.....Prénom :.....Lien de Parenté:.....

Adresse :.....

.....

 Domicile :.....

 Bureau:.....

) Portable :.....

Nom :.....Prénom :.....Lien de Parenté:.....

Adresse :.....

.....

 Domicile :.....

 Bureau:.....

) Portable :.....

Nom :.....Prénom :.....Lien de Parenté:.....

Adresse :.....

.....

 Domicile :.....

 Bureau:.....

) Portable :.....

Joindre à ce questionnaire :

Après avis favorable du Médecin personnel, l'admission est prononcée par la Directrice sur présentation d'un dossier administratif comprenant :

- ◆ Copie de la pièce d'identité
- ◆ Photocopie du livret de famille complet ou acte de naissance intégral
- ◆ Photocopie des attestations des caisses de retraite où figurent le (s) montant (s) de la (des) pension (s) perçue (s) tous les mois, par trimestre et/ou par an.
- ◆ Justificatif des autres ressources perçues
- ◆ Dernier avis d'imposition
- ◆ Dernière déclaration de revenus et les justificatifs qui vous ont servi à la remplir
- ◆ 2 Relevés d'Identité Bancaire (RIB)
- ◆ Carte mutuelle
- ◆ Carte vitale
- ◆ Attestation de droits carte vitale
- ◆ Nom du médecin traitant ou de son éventuel médecin traitant remplaçant, des spécialistes consultés, laboratoire, infirmier (s) libéral (aux), dentiste...
- ◆ Nom de tous les intervenants habituels : pédicure, coiffeur, opticien, audioprothésiste...
- ◆ Numéro d'allocataire CAF ou MSA si vous percevez ou avez perçu des prestations familiales
- ◆ Copie de l'arrêté du Conseil général si vous percevez l'APA et votre GIR d'appartenance (éléments qui figurent sur votre notification de droits envoyée par le Conseil Général)
- ◆ Copie du contrat obsèques

Nous procédons à :

L'ouverture de votre compteur EDF personnel.

Vous procéder à :

L'ouverture d'une ligne téléphonique et/ou faire transférer votre ligne existante

L'établissement travaille en vue du maintien de l'autonomie de la personne accueillie en lui proposant notamment des services adaptés à son degré d'autonomie, dans la limite des possibilités d'un établissement d'hébergement de personnes âgées autonomes.

Je certifie exact tous les renseignements figurant sur le présent dossier.

Fait à

Signature du Résident

ou du Représentant légal

Le

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Important : en application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé notamment de son article L.1111-6, le patient peut désigner une personne de confiance qui sera consultée dans l'hypothèse où ce même patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné (e),

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom (s) :

Date de naissance :

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Je souhaite désigner une personne de confiance :

Monsieur

Madame

Mademoiselle

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom (s) :

Date et lieu de naissance :

Téléphone :

Fax/E-mail :

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un proche

Un parent

Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes les démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

Oui

Non

J'ai été informé (e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant une fiche de désignation.

Fait à :

Signature du Résident :

Le :