

**HOPITAL LOCAL  
MAISON DE RETRAITE  
29 Rue Saint Roch B.P. 25  
35390 LE GRAND-FOUGERAY**

Dossier arrivé le :



**Tél. : 02.99.08.30.30**



**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS - INSCRIPTION**

Demande : A titre permanent :  Dès que possible :  Ne sait pas :   
A titre temporaire : du : ----- au : -----

NOM : ----- PRENOM : -----  
Nom de jeune fille : -----  
Date et lieu de naissance : -----  
Situation familiale : Célibataire  Marié (e)  Veuf (ve)   
Concubinage  Séparé (e)  Divorcé (e)   
NOM du CONJOINT : -----  
-----  
Adresse : -----  
-----  
Téléphone : -----  
-----

**Personne à contacter :**

NOM : -----Prénom : -----  
-----  
Adresse : -----  
-----  
Lien de parenté : -----  
-----  
 N° Domicile : -----  N° Travail : -----

NOM : -----Prénom : -----  
-----  
Adresse : -----  
-----  
Lien de parenté : -----  
-----  
 N° Domicile : -----  N° Travail : -----

SECURITE SOCIALE Régime -----  
--  
-Adresse de la caisse -----  
-  
- N° d'immatriculation -----  
--  
- 100 % oui  non  demande en cours  date -----  
-

NOM et ADRESSE de la MUTUELLE-----  
N° de sociétaire -----

MEDECIN TRAITANT : -----

-

KINE :-----

--

AMBULANCIER :-----

--

CAISSES DE RETRAITE : -----

-----

-----

PROTECTION JURIDIQUE		oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
- si oui : sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/>	curatelle	<input type="checkbox"/>	tutelle	<input type="checkbox"/>
demande en cours	<input type="checkbox"/>	mesure déjà adoptée			<input type="checkbox"/>

Personne désignée : -----

--

---/---

- 1 -

**Date d'inscription : .....**

**Qui fait la demande ?**

La personne âgée	<input type="checkbox"/>		
Un tiers	<input type="checkbox"/>	Familial	<input type="checkbox"/>
		Non familiale	<input type="checkbox"/>
La personne âgée et un tiers	<input type="checkbox"/>		

**Où vivez-vous habituellement ? :**

Seul en domicile privé.	<input type="checkbox"/>	En accueil familial	<input type="checkbox"/>
Seul en logement foyer	<input type="checkbox"/>	Avec d'autres personnes	<input type="checkbox"/>
En couple, en domicile privé	<input type="checkbox"/>	Dans une maison de retraite	<input type="checkbox"/>
En couple, en foyer logement	<input type="checkbox"/>	En milieu protégé	<input type="checkbox"/>
Avec un membre de votre famille	<input type="checkbox"/>	Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>

**Où êtes-vous le jour de la demande ? :**

Court séjour hospitalier	<input type="checkbox"/>	Moyen séjour	<input type="checkbox"/>	Unité de soins de longue durée	<input type="checkbox"/>
Hébergement temporaire	<input type="checkbox"/>	Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	Non concerné par ces situations	<input type="checkbox"/>

**Les deux motifs principaux de la demande :**

Changement de structure pour raison personnelle ou autre	<input type="checkbox"/>
Sortie d'hôpital avec impossibilité de retour à domicile	<input type="checkbox"/>
Aggravation de l'état de dépendance	<input type="checkbox"/>
Conjoint(e) décédé(e) ou perte de soutien familiale	<input type="checkbox"/>
Admission du conjoint en établissement	<input type="checkbox"/>
Isolement, insécurité trop forte pour rester à son domicile	<input type="checkbox"/>
Inadaptation du logement	<input type="checkbox"/>
Rapprochement parents, enfants	<input type="checkbox"/>
Retour au pays	<input type="checkbox"/>
Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>

**En cas d'accueil temporaire**

- Transition après l'hôpital pour assurer le retour au domicile
- Difficultés momentanées saisonnières de vie à domicile
- Difficultés momentanées de vie à domicile pour autre cause
- Soulagement du soutien familial
- Période d'essai de vie en collectivité
- Autres causes (à préciser)

**Délai souhaité :**

- |                      |                          |                  |                          |
|----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Le plus tôt possible | <input type="checkbox"/> | Dans les 12 mois | <input type="checkbox"/> |
| Dans les 6 mois      | <input type="checkbox"/> | Autres           | <input type="checkbox"/> |

**RESSOURCES**

Noms et adresses des caisses	Réf. Pension	Montant de la Pension	
		Mensuelle	Trimestrielle
<b>Allocation Logement</b>			
<b>Autres ressources (loyers, viagers ....)</b>			

**Récapitulatif mensuel**

\_\_\_\_\_ **EUROS**

**Placement**

**oui**

**non**