

Renseignements administratifs – déclaration sur l’honneur / Renseignements médicaux – Grille AGGIR / Pièces à joindre

Date de la demande : **Date d’entrée souhaitée** :

Type d’hébergement souhaité :

- Logement permanent Chambre découverte (meublée) Liste d’attente

ETAT CIVIL

Nom d’usage: Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :

LOGEMENT ACTUEL

Adresse actuelle :
Code Postal : Ville : Tél :
Vous êtes : Propriétaire Locataire Autre :
Vous vivez en : Maison Appartement Autre :

VOTRE ENTREE A LA MARPA

Comment avez-vous connu la Marpa ?
.....
.....
Pourquoi souhaitez-vous entrer à la MARPA ?
.....
.....

SITUATION FAMILIALE

Enfants

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél :

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél :

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél :

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél :

DERNIERE PROFESSION

Emploi :

Employeur :

PERSONNE(S) DE CONFIANCE

La notion « **personne de confiance** » relève de l'article L1111-6 du code de la Santé publique, introduit par la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades.

Il s'agit d'une part d'une personne en qui on doit avoir confiance (il s'agit toujours d'une personne physique). Sa désignation est une démarche importante, puisque son avis sera sollicité dans des moments graves ; l'identité de la personne sera précise.

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél :

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél :

INSTRUCTIONS PARTICULIERES

Hospitalisation

Choix de l'établissement en cas d'hospitalisation (sauf urgence):

Caisse d'assurance maladie

Nom de l'organisme :

Adresse :

N° immatriculation :

Mutuelle

Nom de la mutuelle :

Adresse :

N° adhérent :

RESSOURCES

Régimes de retraite

Sécurité sociale ou autre régime obligatoire	Adresse	N° immatriculation	Montant mensuel

Retraites complémentaires

Organismes et adresses	N° immatriculation	Montant mensuel

Autres ressources financières (APL, APA etc)

.....
.....

PROFESSIONNELS DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL INTERVENANT A VOTRE DOMICILE

Médecin traitant : Ville : Tél :

<i>PRESTATAIRES</i>	<i>NOM DE L'INTERVENANT OU DE L'ASSOCIATION INTERVENANTE ET COORDONNEES</i>	<i>PRESTATIONS EFFECTUEES</i>
Soins infirmiers		
Dentiste		
Kinésithérapeute		
Services d'aide à domicile		
Pédicure		
Autres intervenants		

CAUTIONNEMENT – ENGAGEMENT SOLIDAIRE
PERSONNES OU ORGANISMES S'ENGAGEANT A COMPLETER EVENTUELLEMENT LE PRIX DU SEJOUR

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél :

Signature, cachet ou certificat d'engagement de la personne ou de l'organisme :

A :

Le :

Signature :

Questionnaire médical à remplir par votre médecin traitant

IDENTITE

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Situation de famille : célibataire marié(e) veuf (ve) divorcé(e)

Personne(s) à prévenir en cas de nécessité

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Antécédents

Médicaux	
Chirurgicaux	
Familiaux	
Allergies	

Taille :

Poids :

Cardio-vasculaire

Cardiopathie ischémique	oui	non
Cardiopathie hypertensive	oui	non
Cardiopathie valvulaire	oui	non
Trouble du rythme	oui	non
Traitement anticoagulant	oui	non

Respiratoire :

.....
.....

Locomoteur:

.....
.....

Sensoriel:

.....
.....

Vue:

.....
.....

Audition:

.....
.....

Neuropsychiatrique

Déficit sensitivomoteur	
Syndrome extrapyramidal	
MMS récent (score)	
Troubles du comportement	
Troubles du sommeil	
Troubles sphinctériens	
Troubles métaboliques	
Autres (bucco-dentaire, cutané, etc)	

GIR estimé	
-------------------	--

Traitement actuel

Certificat médical

Je soussigné, Docteur en Médecine, certifie que M. / Mme

Ne présente pas de signe de maladie contagieuse et est indemne de trouble mental pouvant perturber la vie en collectivité.

A :

Le :

(cachet et signature)

Liste des documents administratifs à joindre au dossier

Dossier d'admission complet :

- Renseignements administratifs
 - Déclaration sur l'honneur « Relevé des capitaux du foyer »
- Renseignements médicaux (*rempli par votre médecin traitant*)
 - Grille AGGIR complétée (*remplie par votre médecin traitant*)
- Copie de la dernière ordonnance
- Copie de la Carte d'Identité
- Copie de la Carte Vitale
- Copie de l'Attestation de la Carte Vitale
- Copie de la carte de Mutuelle à jour
- Copie du dernier avis d'imposition ou non-imposition
- Justificatifs des versements annuels des retraites et pensions
- Une caution (égale à un mois de loyer - *sans les charges*)

Ce qu'il faut faire lors de votre entrée dans la résidence...

1/ Prévoir une assurance Responsabilité Civile, dégâts des eaux, incendie, vol, etc

2/ Prévoir un abonnement téléphonique (si souhaité)