

FORMULAIRE D'INSCRIPTION



Résidence autonomie Lyliane Carpentier

**1, rue Jacques Philippe Bréant
27300 BERNAY**

**Horaires d'accueil : de 9h-12h et de 14h à 17h
En dehors de ces horaires, sur rendez-vous
uniquement.**

Tél : 02 32 46 22 70

Email : residence.autonomie@bernay27.fr

Version juillet 2023

LA RÉSIDENCE AUTONOMIE

Chez soi et en compagnie

Vivre dans une résidence autonomie offre des avantages, sur le plan pratique et humain : lien social maintenu, ouverture sur le quartier, proximité de commerces, présence de professionnels, animations variées...

Et surtout, rempart contre la solitude avec la liberté de choisir selon ses envies : être tranquille chez soi ou prendre ses repas en compagnie et partager des moments de loisirs avec ses voisins.

Les résidences autonomie comportent à la fois des logements individuels et privatifs et des espaces communs dédiés à la vie collective. Elles sont conçues pour accueillir dans un logement des personnes âgées autonomes qui ne peuvent ou n'ont plus l'envie de vivre chez elle (à cause de difficultés d'accès aux commerces, d'un sentiment d'isolement...).

Les résidences autonomie accueillent les personnes seules ou en couple. Vivre dans une résidence autonomie permet de :

- Continuer à **vivre de manière indépendante** ;
- Bénéficier d'**un environnement plus sécurisé** ;
- Disposer **de services collectifs** : restauration, animations, lingerie...

Les résidences autonomie ne sont pas, en principe, destinées à recevoir des personnes qui ont besoin de soins médicaux et les soins courants des résidents sont réalisés par des intervenants extérieurs (médecins libéraux, soins infirmiers à domicile, auxiliaires de vie...).

Les critères d'admission sont les suivants :

- Le niveau de perte d'autonomie évalué doit être en GIR5 ou 6 ;
- Avoir plus de 60 ans (57 ans pour les personnes ayant une reconnaissance MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)).

Si un couple entre en même temps dans la Résidence, les deux membres doivent remplir ces critères d'admission.

Dans le cas où votre demande d'admission est acceptée mais qu'aucun logement n'est disponible, vos coordonnées seront indiquées sur une liste d'attente si vous le souhaitez. Dès lors qu'un logement se libèrera nous vous contacterons afin de faire un point sur votre situation. Il vous sera demandée une nouvelle fois de faire évaluer votre niveau d'autonomie via une nouvelle grille AGGIR.

La présente demande est conservée 2 ans. Au terme de ce délai, vous devrez refaire un dossier de demande d'admission.

RÉSERVE AU SERVICE ADMINISTRATIF

La présente demande est conservée 2 ans. Passé ce délai, vous devrez refaire un dossier de demande d'admission.

N° de dossier : _____

Dossier reçu le :/...../.....

Visite faite le :/...../.....

Entretien fait le :/...../.....

Recevabilité du dossier : ☐ Oui ☐ Non

Les motifs de non-recevabilité :

☐ Dossier incomplet

☐ GIR $\leq$ 4

☐ Age $\leq$ 60 ans

☐ Autres : _____

Passage en commission d'admission :/...../.....

Décision : ☐ Acceptée ☐ Ajournée ☐ Refusée

Si ajournée ou refusée, les motifs de la décision :

DOSSIER ADMINISTRATIF

État civil de la personne(s) souhaitant entrer en résidence

DEMANDEUR 1

Civilité : ☐ Monsieur

☐ Madame

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance : _____

Département : _____

N° de sécurité sociale :/...../...../...../...../...../.....

N° CAF/MSA : _____

DEMANDEUR 2 *(par exemple un couple)*

Civilité : ☐ Monsieur

☐ Madame

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance : _____

Département : _____

N° de sécurité sociale :/...../...../...../...../...../.....

N° CAF/MSA : _____

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire

☐ Vie maritale

☐ Pacsé(e)

☐ Marié(e)

☐ Veuf(e)

☐ Séparé(e)

☐ Divorcé(e)

Adresse : _____

Code postale : _____ Commune/ville : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____@_____

MOTIFS DE VOTRE DEMANDE D'ENTRÉE SUR LA RÉSIDENCE

- ☐ Rapprochement familial ou amical
- ☐ Logement actuel inadapté
- ☐ Isolement
- ☐ Autre (à préciser) :

Date d'entrée souhaitée (sous réserve de disponibilité) :/...../.....

Comment avez-vous connu notre résidence ?

- ☐ Par bouche à oreilles
- ☐ Vous y déjeuner actuellement
- ☐ Par Maison France Service
- ☐ Par le site internet de la Ville
- ☐ Autre (à préciser) :

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE REMPLISSANT LE DOSSIER SI DIFFÉRENTE :

Lien de parenté : _____

Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____

Code postale : _____ Commune/ville : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____@_____

COORDONNÉES DES PROCHES

[illegible]

DÉCLARATION DE RESSOURCES

Catégories de ressources (Pensions, retraites complémentaires, autres)	Montant mensuel de la retraite de l'année en cours	Autres montants	
		Périodicité	Montant
CARSAT			
RETRAITES COMPLETAIRES			
AUTRES RESSOURCES (rentes, etc.)			
TOTAL REVENUS			

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

☐ Oui

☐ Non

☐ en cours

Si oui laquelle : ☐ Sauvegarde de justice

☐ Curatelle

☐ Curatelle renforcée ☐ Tutelle

☐ Mandat de protection

Si oui, coordonnées de la personne qui assure la protection juridique :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

AUTONOMIE

INFORMATIONS SANTÉ

Bénéficiez-vous d'un service d'aide à domicile :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tél : _____

Nom du pharmacien : _____ Tél : _____

Cabinet infirmier (ère) : _____ Tél : _____

APA (ALLOCATION PERSONNALISÉ D'AUTONOMIE)

Percevez-vous cette prestation ?

☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

Si oui : depuis quelle date :/...../.....

Quel est le GIR (Groupe Iso-Ressources de 1 à 6) indiqué dans votre plan d'aide : _____

Si l'APA est versée transmettre **impérativement le plan d'aide détaillé.**

SIGNATURE

*De la ou des personne(s) concerné(s) par cette demande :
Précédé de la mention manuscrite « Lu et approuvé »*

Date : ____/____/____

Signature :

JUSTIFICATIFS A FOURNIR IMPERATIVEMENT

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES SUIVANTES :

- Une photo d'identité récente,
- La grille d'autonomie AGGIR inclus dans ce document à faire renseigner et signer par votre médecin traitant,
- Carte d'identité (recto-verso),
- Livret de famille (avec les feuilles relatives au mariage et aux enfants),
- Attestation de sécurité sociale (et non de la carte vitale),
- Carte de mutuelle complémentaire,
- Dernier avis d'imposition sur les revenus,
- Si vous faites l'objet d'une mesure de tutelle ou curatelle, justificatif de cette mesure,
- Vos numéros d'allocataire CAF ou MSA,
- Si vous percevez l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) copie du plan d'aide,
- Un relevé d'identité bancaire au format IBAN en cas de souhait de prélèvement automatique,

NE PAS TRANSMETTRE D'ORIGINAUX

EN CAS DE DOSSIER INCOMPLET VOTRE DEMANDE NE POURRA PAS ETRE PRISE EN COMPTE

UTILISATION DES DONNEES

Les informations personnelles requises dans ce formulaire vous sont demandées afin :

- De pouvoir effectuer l'inscription au sein de notre résidence
- D'assurer le suivi administratif tout au long de votre séjour
- D'établir la facturation

Elles peuvent être également utilisées pour vous transmettre des informations sur l'offre municipale à destination des seniors ou pour réaliser des statistiques internes afin d'améliorer notre offre.

Les informations relatives à votre séjour santé sont recueillies dans le but de coordonner les soins pendant toute la durée de votre séjour. Elles font l'objet d'un traitement spécifique lié à leur confidentialité (RGPD). Vous avez le droit d'en demander l'accès ou la rectification auprès de la direction ou vous opposer à leur utilisation pour motif légitime. Elles font l'objet d'un traitement informatisé et sont **conservées le temps de votre présence et au plus tard pendant 2 ans après votre départ**. Au-delà de ce délai, elles sont détruites.

NOTE EXPLICATIVE

PUBLIC ACCUEILLI EN RESIDENCE AUTONOMIE

Les résidences autonomie sont ouvertes aux personnes âgées de 60 ans et retraitées ou de 57 à 60 ans, ayant une dérogation d'âge délivrée par la MDPH et relevant de GIR 6/5/4.

Ce dossier comprend :

- Un dossier administratif à remplir par la personne concernée ou toutes personnes habilitées à le faire ;
- Une liste de justificatifs à fournir ;
- Un questionnaire médical à faire remplir par votre médecin traitant et à retourner sous pli fermé.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES DEMANDEES.

TRANSMISSION DU DOSSIER

La personne sollicitant l'entrée à la résidence peut :

- Soit envoyer,
- Soit déposer ce dossier complet

A l'adresse suivante :

**Résidence Autonomie Lyliane Carpentier
1 Rue Jacques Philippe Bréant
27300 BERNAY**

Après vérification du dossier d'admission, une lettre d'accusé réception du dossier complet vous sera transmise.

Si vous remplissez les conditions d'accès à la résidence, votre candidature sera sur liste d'attente.

Lorsqu'un appartement sera libre, une visite de préadmission sera organisée.

Avant votre entrée en résidence la direction prendra contact avec vous pour finaliser votre dossier.

Grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources)

À faire remplir par votre médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance :/...../.....

Situation au regard des actes essentiels et ordinaires de la vie :

A : fait seul, totalement habituellement, correctement

B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : ne fait pas

VARIABLES DISCRIMINANTES		CODAGE
1	COHÉRENCE	
	Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
2	ORIENTATION	
	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.	
3	TOILETTE DU HAUT ET DU BAS DU CORPS	
		Haut
		Bas
4	HABILLAGE HAUT, MOYEN, BAS	
		Haut
		Moyen
		Bas
5	ALIMENTATION : SE SERVIR, MANGER	
		Se servir
		Manger
6	ELIMINATION URINAIRE, FÉCALE	
		Urinaire
		Fécale
7	TRANSFERTS	
	Se lever, se coucher, s'asseoir	
8	DÉPLACEMENTS A L'INTERIEUR	
	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
9	DÉPLACEMENT A L'EXTÉRIEUR	
	À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
10	COMMUNICATION À DISTANCE	
	Utiliser les moyens de communications : téléphone, alarme, sonnette	

VARIABLES ILLUSTRATIVES AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		CODAGE
	GESTION	
11	Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
	CUISINE	
12	Préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
	MÉNAGE	
13	Effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
	TRANSPORT	
14	Prendre et/ou commander un moyen de transport	
	ACHATS	
15	Acquisition directe ou par correspondance	
	SUIVI DU TRAITEMENT	
16	Se conformer à l'ordonnance du médecin	
	ACTIVITÉ DE TEMPS LIBRE	
17	Activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passetemps	
GIR		

À _____ Le : _____

Signature et cachet du médecin traitant

AUTRES INFORMATIONS

À faire remplir par votre médecin traitant

Symptômes psycho-comportementaux

Types	Oui	Non	Précisions
Idées délirantes	☐	☐	
Hallucinations	☐	☐	
Agitation, agressivité (cris...)	☐	☐	
Dépression	☐	☐	
Anxiété	☐	☐	
Apathie	☐	☐	
Désinhibition	☐	☐	
Comportements Moteurs aberrants	☐	☐	
Troubles du sommeil	☐	☐	

A-t-il (elle) été hospitalisé(e) pour une pathologie psychiatrique ?

☐ Oui

☐ Non

Lieu et date de cette hospitalisation _____

Suivi actuel par : _____

Conduite à risques

Types	Oui	Non	Précisions
Alcool	☐	☐	
Tabac	☐	☐	
Sevrage	☐	☐	

À _____ Le : _____

Signature et cachet du médecin traitant

