

**DOSSIER ADMINISTRATIF**

**ETAT CIVIL ET ADMINISTRATIF**

Madame /Monsieur :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse actuelle :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Profession exercée avant la retraite :

Situation de famille : célibataire – marié ( e ) – divorcé ( e )/ séparé ( e ) – veuf / veuve – PACS – concubinage

Avez-vous des enfants ? Si oui, merci de renseigner les éléments ci-dessous :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom-prénom  | Adresse | Téléphone  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Administratif :**

Bénéficiez-vous d’une mesure de protection juridique : OUI NON

Si oui, laquelle : tutelle curatelle sauvegarde de justice mandat de protection future Habilitation familiale

Coordonnées de la personne / organisme en charge de la mesure :

**Couverture sociale :**

Régime de sécurité sociale : Général Local MSA Autre :

Caisse de sécurité sociale :

Mutuelle complémentaire Santé :

Caisse de retraite principale :

Caisse de retraite supplémentaire :

Allocation diverses : ACTP APA AAH PCH

**AIDES ET ACCOMPAGNEMENT**

-Bénéficiez-vous de l’APA Oui □ Non □ Instruction en cours □

Si oui, merci de nous communiquer le GIR ou une copie de la notification de l’attribution de l’APA.

GIR :

-Bénéficiez-vous de l’Aide Sociale à l’Hébergement : Oui □ Non □ Instruction en cours □

Avez-vous convenu d’un contrat obsèques ou d’un mandataire de protection future : si oui, merci de nous préciser les indications pour leur strict respect

**Aides en place : éventuellement association et nombre d’heures hebdomadaires**

Auxiliaire de vie : Aide-ménagère :

**Suivi médical :**

Médecin traitant :

**Hôpital de référence :**

Soins et suivis spécialisés (antérieurs et en cours)  :

Para soignants : Soins infirmiers  kinésithérapeute orthophoniste autre

Coordonnées :

**Demande d’admission :**

Origine de la demande : vous-même autre, préciser

Motifs de la demande :

Date d’entrée souhaitée :

DATE : SIGNATURE :