

Résidences autonomie



Dossier de demande d'admission



Ville de Vernon
EN NORMANDIE

Centre Communal d'Action Sociale de la ville de Vernon

✉ 93, rue Carnot - 27200 Vernon

☎ : 02.32.64.38.19

📠 : 02.32.64.79.19

ANIMATIONS – LOGEMENTS – RESTAURANTS
Résidences autonomie

Merci d'indiquer vos préférences

« Résidence autonomie **Les Blanchères** »
38, rue Louise Damasse
27200 VERNON - ☎ : 02.32.51.22.20



Tarifs 2020 :
Loyer T1bis : 423.63€
Charges T1bis : 43.21€
Loyer T2 : 537.15€
Charges T2 : 109.46€

« Résidence autonomie de **Bizy** »
28, rue du Parc
27200 VERNON - ☎ : 02.32.51.11.55



Tarifs 2020 :
Loyer T2 : de 390.49€ à 633.51€
Charges T2 : de 24.29€ à 223.41€

Logements soumis à plafond de ressources ; éligibilité selon avis d'imposition

« Résidence autonomie de **Bully** »
19, rue Ambroise Bully
27200 VERNON - ☎ : 02.32.21.35.27

Tarifs 2020 :
Loyer T1bis : 468.39€
Charges T1bis : 15.26€
Loyer T2 : 537.15€
Charges T2 : 37.29€



Date d'entrée souhaitée : Type d'appartement : T

Merci d'indiquer le(s) résidences envisagée(s) par ordre de préférence

Fiche administrative

Nom : Prénom :

Nom marital :

Date et lieu de naissance : le [] [] [] à

Adresse :

Numéro de téléphone : [] [] [] [] [] Portable : [] [] [] [] []

Numéro de Sécurité Sociale : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Situation de famille :

Conjoint, concubin ou pacsé

- Célibataire
- Marié depuis le : [] [] []
- Concubinage/Pacsé
- Veuf
- Autres :

Nom /Prénom :
Nom marital :
Date et lieu de naissance :
 Le [] [] [] à
Situation :

Composition de la Famille :

Nom(s), prénom(s), adresse(s), téléphone(s), et profession(s) des enfants :

Nom, Prénom	Adresse	Téléphone	Profession

Nb : si il n'y a aucun enfant, ou en cas d'absence de l'un d'eux, veuillez laisser les coordonnées d'autres membres de la famille (neveux, cousins,...)

.....

Votre profession antérieure :

.....



Personne référente à prévenir :

Nom : Prénom :

Nom marital : Lien social

Adresse :

.....

.....

.....

Numéro de téléphone (ligne fixe) :

Numéro de téléphone (portable) :

Autre numéro de téléphone :

Logement

Conditions actuelles de logement :

Vous êtes locataire

Nom du Bailleur :

Adresse :

.....
.....

L'Appartement

- Type de logement : T...
- Montant du Loyer :€

Disposez-vous de l'APL ?

- Si oui,
- Montant des APL :€
- Si non, souhaitez-vous en bénéficiaire

Oui Non

Vous êtes propriétaire

Habitez-vous Vernon ?

Oui

Non

Si oui, depuis quand ?

Arrivé depuis le

Votre logement actuel :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Conditions de confort sont-elles remplies : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Etes-vous éloigné(e) du centre-ville : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Etes-vous isolé(e) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Motif de la demande :

Quel motif vous incite à présenter votre demande au Foyer Résidence pour Personnes Agées ?

- La vie en collectivité.
- Le rapprochement de votre famille.
- Autres :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Autonomie

Autonomie physique :

(Joindre **impérativement** la grille AGGIR **remplie par le Médecin**, ainsi que le certificat médical autorisant la vie en collectivité).

Avez-vous besoin d'une aide pour :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Entretien votre logement ?..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Préparer vos repas ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Faire vos courses ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Laver votre linge ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Gérer vos documents administratifs ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Observations diverses à signaler :

Régime alimentaire, allergies, problème chronique...

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Coordonnées de votre Médecin Traitant :

Nom : Prénom :

Adresse :
.....
.....
.....

Numéro de téléphone :

Coordonnées du Médecin choisi en cas de changement de région :

Nom : Prénom :

Adresse :
.....
.....
.....

Numéro de téléphone :

Autonomie :

Actuellement, bénéficiez-vous d'une aide à domicile ?

Oui Non

Si oui :

CESU SAAD Entourage Autre.....

Si cela est possible, souhaiteriez-vous en faire la demande ?

Oui Non

Pour quels actes :

.....
.....
.....

Pour ces interventions, bénéficiez vous d'une aide :

APA Caisse de retraite Autres.....

Vos centres d'intérêt

Vous trouverez ci-dessous un exemplaire d'animations proposées au sein de chaque résidence. Le programme est édité tous les 2 mois et distribué à chaque résident. Tout le monde y est convié. Cela n'engage à rien sauf à se changer les idées, rencontrer d'autres personnes.....

Souhaitez-vous participer à des animations ?

Oui Non

Quels types d'animations préférez-vous ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Loto | <input type="checkbox"/> Diffusion DVD | <input type="checkbox"/> Gymnastique douce |
| <input type="checkbox"/> Jeux de société | <input type="checkbox"/> Dominos | <input type="checkbox"/> Promenade |
| <input type="checkbox"/> Jeux de cartes | <input type="checkbox"/> Atelier mémoire | <input type="checkbox"/> Après-midi thématique |
| <input type="checkbox"/> Ateliers créatifs | <input type="checkbox"/> sorties diverses | <input type="checkbox"/> Spectacles |
| <input type="checkbox"/> Thé dansant | <input type="checkbox"/> Anniversaires | <input type="checkbox"/> Goûter |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez..... | | |
-

Quels sont les horaires que vos préférez pour ces animations :

Matin : 10 h 00 – 12 h 00

Après-midi : 14 h 00 – 16 h 00 16 h 00 – 18 h 00

Sachez également que la ville vous propose trois évènements par an :

- Le repas des anciens (courant septembre).
- Le voyage des anciens (courant mai / juin).
- Les colis de Noël (en décembre).

Pour connaître les dates de ces manifestations, regardez bien le panneau d'informations, et le journal d'activités, elles y seront inscrites en temps voulu.



Vos Ressources mensuelles

Vos régimes de retraite ou ceux de votre conjoint :

Retraite de base	Vous-même*	Votre conjoint*	Dernier Montant perçu
Régime générale			€
Régime agricole			€
Régime de non salarié			€
Autres régimes de salariés			€

Disposez-vous d'une retraite complémentaire : Oui Non
Si oui, veuillez compléter le tableau suivant :

Nom de l'organisme de Retraite complémentaire	Vous-même*	Votre conjoint*	Dernier Montant perçu
			€
			€
			€
			€

Revenus mensuels exactes :

Nature des ressources	Organismes payeurs	Montant perçu par vous-même*	Montant perçu par votre conjoint*
Indemnités Journalières		€	€
Pension Accident du travail		€	€
Rente ou Pension d'invalidité		€	€
Pension de Guerre		€	€
Rente viagères		€	€
Revenus Locatifs, Fermage		€	€
Allocation Adulte Handicapé		€	€
Revenus agricoles		€	€
Allocation Logement ou Aide Personnalisée au Logement		€	€
Autre		€	€
Autre		€	€



Vos Charges mensuelles

Nature des Charges	Montant*
Loyer hors provisions pour charges ou remboursement accession	€
Charges annexées au loyer	€
Loyer (Charges comprises)	€
Electricité et Chauffage	€
Eau	€
Téléphone	€
Assurance habitation	€
Impôts et taxes divers	€
Assurance véhicule	€
Pension Alimentaire	€
Plan d'apurement de la Banque de France	€
Mutuelle	€
Remboursement Crédit et ou Emprunt	€
Frais d'aide à domicile	€
Autre	€

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique ? Oui Non En cours

Si oui, laquelle ? Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

Si oui, indiquez nous les coordonnées de la personne en charge de la protection juridique, à la page 2 de ce document en renseignant le « lien social » par son statut (Tutelle, curatelle...).

Je soussigné(e) M., Mme, (Nom, Prénom)

reconnais l'exactitude de l'ensemble des éléments transmis dans ce dossier de demande d'admission.

A, le

Pièces à fournir

Pour que le dossier soit complet, vous devez fournir :

- ▶ la fiche de renseignements dûment complétée.

(Si vous rentrez en couple, merci de transmettre les documents ci-dessous en double)

- ▶ La copie du livret de Famille
- ▶ La copie de la carte d'identité ou du titre de séjour
- ▶ La copie de la carte vitale
- ▶ La copie de la carte de mutuelle
- ▶ Joindre la grille AGGIR complétée et le certificat médical ci-joint, tous deux signés avec cachet du médecin et datant de moins de 6 mois
- ▶ La copie du (ou des) titre(s) de pension(s), complémentaires et de l'ensemble des ressources
- ▶ La copie complète (recto-verso) des deux derniers avis d'imposition, ou de non-imposition.
- ▶ 3 dernières quittances de loyer
- ▶ La copie du jugement de Tutelle ou Curatelle, s'il y a lieu.

(À fournir obligatoirement à la date d'entrée en jouissance de l'appartement).

- ▶ l'attestation d'assurance risque locatif et responsabilité civile.
- ▶ un relevé d'identité bancaire.
- ▶ la caution relative à l'appartement.

(Si vous souhaitez bénéficier de l'APL).

- ▶ Estimation de l'APL

Une fois le dossier complet, il ne vous reste plus qu'à le transmettre au CCAS de Vernon.

Au cours de l'étude de votre dossier, des documents complémentaires pourront vous être demandés.



Certificat Médical

Je soussigné(e) Docteur
demeurant à certifie que l'état de
santé de M., Mme

- Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse.

- Est apte à la vie en collectivité.

A,..... le

Signature et cachet du praticien

GRILLE NATIONALE AGGIR

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINEE

NOM : PRENOM :

Date de naissance :

VARIABLES DISCRIMINANTES – AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHERENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée.		
Orientation : Se repérer dans le temps, moments de la journée et dans les lieux.		
TOILETTE : Concerne l'hygiène Corporelle.	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : S'habiller, se déshabiller, se présenter.	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : Manger les aliments préparés.	Se servir	
	Manger	
ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.	Urinaire	
	Fécale	
Transfert : Se lever, se coucher, s'asseoir.		
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport.		
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES – AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens.		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis.		
MENAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers.		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport.		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance.		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin.		
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps.		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement.

B : fait partiellement, non habituellement, non correctement.

C : ne fait pas.

A, le
Signature et cachet du praticien