

Dossier de demande d'admission



Nom : Demande de logement : seul(e)
Prénom : en couple
Date de dépôt : / / T2 T3
Date d'entrée souhaitée :

A noter :

Le dossier d'inscription est à compléter en vue d'une admission au sein du Village d'ASSIA.

Une fois complété, celui-ci est à renvoyer à l'adresse suivante :

.....

Ce dossier ne vaut pas une admission mais une inscription sur une liste d'attente.

L'admission définitive se fera sur décision de la commission d'attribution des logements.

Le village d'ASSIA :

Vous souhaitez vivre dans un habitat regroupé inclusif, le Village d'ASSIA peut répondre à vos attentes .

Le village d'ASSIA est un habitat inclusif pour personnes âgées dépendantes (Gir 1 à 4) de plus de 65 ans ou pour des personnes en situation de handicap.

Il est composé de 24 maisons individuelles T2 et T3, avec des logements sous prêt locatif social (PLS) et des logements libres.

Au sein du village les équipes du SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A domicile) d'ASSIA avec des aides à domicile, des aides-soignants et des infirmiers, ainsi que des intervenants extérieurs vous accompagneront tout au long de la journée.

La présence d'un coordinateur et d'un animateur qui vous accompagneront au quotidien et créeront du lien au sein du village.

Le village ouvrira ses portes en Septembre 2023.

Constitution du dossier :

- Un volet administratif
- Un volet Santé/dépendance (questionnaire d'évaluation des besoins)
- ⇒ Ces volets peuvent être complétés par le demandeur ou toute personne de l'entourage du demandeur

- Les pièces justificatives.

Le dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- La carte nationale d'identité ou du passeport
- La carte de séjour pour les personnes étrangères
- L'attestation de la carte vitale ou attestation de la CMU (Couverture Maladie Universelle)
- La mutuelle ou CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire)
- Justificatif attestant du montant de retraite
- Demande d'APL (Aide Personnalisée au Logement)
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du Conseil Départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile OU de la Prestation de Compensation Handicap (PCH)
- Notification du GIR (de moins de 3 mois)
- L'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires

DOSSIER ADMINISTRATIF

Civilité :

Madame Monsieur

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Nationalité :

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

Lieu de naissance :

N° tel :

N° portable :

Mail :

Adresse :

N° et Rue :

Code postal : Commune/Ville :

N° Sécurité sociale :

Nom médecin traitant : N° tel :

Mesure de protection :

Oui Non En cours si oui ou en cours laquelle :

⇒ Si oui :

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

OU établissement :

N° tel : Mail :

Situation familiale :

Célibataire Concubinage Pacsé(e) Marié(e)

Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Présence d'un aidant² : Oui Non Si oui lien de proximité :

² Est considéré proche aidant, le conjoint, concubin, parents ou allié, enfants, personne venant en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou activités de la vie quotidienne.

Désignation d'une personne de confiance³ : Oui Non

⇒ Si oui : nom/prénom : N° tel :
Adresse :
Mail :

Existence d'un animal de compagnie : Oui Non

⇒ Si oui le ou les quel(s) :

Autres personnes à contacter si besoin :

⇒ N° tel : Mail :

Aspect financier :

Comment le demandeur pense-t-il payer son loyer ?

Seul(e)

Caisse de retraite (à préciser) :

Aide sociale à l'hébergement : Oui Non Demande en cours

Allocation logement (APL⁴/ALS⁵) : Oui Non Demande en cours

Aides :

Plan d'aide en cours : Oui Non

APA PCH taux plein

GIR :

Bénéficiez-vous déjà d'aide à votre domicile :

Aide à domicile Nom de la structure : Mail :

Aide-soignant Nom de la structure : Mail

Infirmier Nom de la structure : Mail :

⇒ Ces aides sont-elles effectuées par les services d'ASSIA : oui non

Bénéficiez-vous d'autres services :

Kinésithérapeute Pédicure-podologue Portage de repas

Autres :

³ Est considéré personne de confiance la personne accompagnant pour les démarches administratives et assiste aux rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parents, enfants, proche, médecin traitant...) en qui il faut avoir confiance et qui accepte de jouer ce rôle.

⁴ Aide Personnalisée au Logement

⁵ Allocation de Logement Social

DOSSIER SANTE/DEPENDANCE

Informations de santé :

Avez-vous une/des pathologie(s) (diagnostic médical posé) :

.....

Comportement, troubles associés :

- Troubles moteurs Troubles psychiques Troubles sensoriels (vue, ouïe...)
 Troubles cognitifs Difficulté d'expressions Difficulté de compréhension

Précisez (ex : hallucination, dépression, anxiété, sommeil, appétit...) :

.....

Traitement :

Traitement en cours : Oui Non

Si oui : gestion des traitements

-> Présence d'un semainier : Oui Non

-> Préparation : Seul Famille Infirmier Autres :.....

-> Distribution : Seul Famille Infirmier Autres :.....

Allergies (préciser) :

.....

Soins infirmiers : Oui Non

Si oui, quel type de soins :

.....

Aides techniques :

- Fauteuil roulant : manuel / électrique Déambulateur Canne
 Béquilles Lit médicalisé Potence Verticalisateur Lève-personne
 Rehausseur toilettes Montauban Urinal Bassin

Troubles de l'équilibre : Oui Non

Difficultés aux déplacements intérieurs : Oui Non

Difficultés aux déplacements extérieurs : Oui Non

La sécurité de l'habitat :

- Barre-d'appui Siège de douche Siège de baignoire

- Contention (sous prescription médicale) -> de quel type : Au lit Au fauteuil
 Barrière(s) : 1 2 (sur prescription médicale)
 Téléalarme : Oui Non -> de quel type : Bracelet Collier

Toilette :

Du haut : Fait seul(e) Fait avec de l'aide Ne fait pas

Du bas : Fait seul(e) Fait avec de l'aide Ne fait pas

Fréquence par semaine :

.....

Besoins spécifiques : Au lit En binôme Autres :

Habillage :

Du haut : Fait seul(e) Fait avec de l'aide Ne fait pas

Du bas : Fait seul(e) Fait avec de l'aide Ne fait pas

Choix des vêtements : Fait seul(e) Fait avec de l'aide Ne fait pas

Elimination :

Incontinence :

-> Urinaire : Partielle Totale

-> Fécale : Partielle Totale

Protections : Oui Non

Aide pour la mise aux toilettes : Oui Non

Accompagnement et aide dans les activités de la vie courante :

Besoin pour l'entretien du logement :

Vaisselle Entretien des sols Poussière Vitres

Sanitaires Cuisine Réfection du lit

Besoin pour l'entretien du linge :

Laver Etendre Plier Repasser Dépôt de linge

Besoin pour les repas :

- Préparation des repas Courses

Besoin pour l'aide au repas :

- Mange seul(e) Se sert seul(e)
 Aide au repas → si oui avec qui : Aidant Aide à domicile Autres :.....
 Portage de repas Alimentation par sonde
 Régime particulier :

.....

Accompagnement et aide dans les activités de la vie sociale et relationnelle :

Activités/loisirs :

.....

Sorties extérieures :

- Oui Non

-> Si oui lesquelles :

.....

-> Si oui par quel transport :

.....

Gestion administrative :

- Seul(e) Personne de confiance Curateur/tuteur Autres :

Autres remarques :

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

Merci d'avoir
Dûment complété ce dossier.
Notre équipe
Reviendra vers vous pour donner suite
à votre demande.



ASSIA

Aide Soins Services Innovation Autonomie

"Espace Brocéliande"
CS 97610 - 35 176
Chartres de Bretagne Cedex

Tél : 02 99 77 12 77
Fax : 02 99 77 12 78

villageassia@assia-una.fr
www.assia-una.fr

Aide et Soins
l'**autonomie** aux domiciles