C.C.A.S DE
LA FERTE-GAUCHER

LISTE DES DOCUMENTS
A FOURNIR

Madame, Monsieur,
Vous avez 60 ans ou plus, vous êtes retraité et souhaitez faire une demande d'appartement au sein de la Résidence pour Personnes Autonomes (RPA) « La Commanderie »

Afin de nous permettre de constituer un dossier, je vous remercie de bien vouloir me faire parvenir les pièces suivantes :

Le dossier d'admission est constitué de :

- ☐ 0- La liste des documents à fournir
- ☐ 1- Fiche de demande d'admission
- ☐ 2- Fiche motivation et ressources
- ☐ 4 - Fiche les professionnels de santé
- ☐ 5 - Fiche contacts familiaux
- ☐ 6 – Fiche d'aide à domicile
- ☐ 7 – Fiche mesure de protection
- ☐ 8 – Fiche résident hospitalisé
- ☐ 9 – Fiche autonomie
- ☐ 10 – Grille autonomie

Les pièces que vous devez fournir :

- ☐ Une copie de la pièce d'identité,
- ☐ La copie des livrets de famille complets,
- ☐ Une photo d'identité récente,
- ☐ La fiche autonomie dûment remplie par votre médecin traitant attestant que votre état de santé physique et psychique vous permet d'intégrer une résidence pour personnes âgées (jointe au dossier)
- ☐ Une copie de la carte vitale ou une attestation d'ouverture de droits,
- ☐ La copie de la carte de mutuelle,
- ☐ Les justificatifs des ressources (avis d'imposition, attestations des caisses de retraite,
- ☐ La copie du contrat obsèques,
- ☐ La copie du jugement de mise sous mesure de protection,
- ☐ La demande d'admission complétée, datée et signée,

Les pièces suivantes que vous devez joindre :

- ☐ Un chèque de caution d'un mois de loyer qui sera déposé à la trésorerie,
- ☐ L'autorisation de prélèvement dûment remplie (jointe au dossier),
- ☐ Un relevé d'identité bancaire ou postal,
- ☐ L'attestation d'assurance de responsabilité Multirisque Habitation,
- ☐ 3 exemplaires du règlement intérieur datés et signés,
- ☐ 3 exemplaires de la convention de location datés et signés,
- ☐ La copie du contrat de téléassistance.

IMPORTANT :

La date de votre entrée à la R.P.A. « La Commanderie » est fixée en deux temps : suite à votre entretien avec la Direction et après étude de votre dossier complet et avis favorable de la Commission d'admission.

Date : .....A La Ferté Gaucher

Signature :

C.C.A.S DE
LA FERTE-GAUCHER

SECURITE SOCIALE

NOM et PRÉNOM : .....

N° DU LOGEMENT : .....

Numéro de Sécurité Sociale : .....

Caisse d'affiliation Sécurité Sociale dont vous dépendez : .....

Bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (100%) : ☐ Oui ☐ Non

Organisme de mutuelle dont vous dépendez :

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Adresse mail (si possible) : .....

Agence de : .....

Référent : .....

Numéro d'adhérent : .....

RPA Délibération n°31/2020 en date du 17/11/2020

C.C.A.S DE
LA FERTE-GAUCHER

AIDES A DOMICILE

NOM et PRÉNOM .....

N° du logement : .....

Intervention du Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) :

Un SSIAD est une structure médico-sociale, publique ou privée, assurant sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :
- de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes :
- de personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap
- de personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L. 312-1 ou présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

SSIAD de : .....

Référent :

Madame / Monsieur .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Fréquence de passage : .....

Tâches : .....

.....

Intervention du service d'aide-ménagère de :

L'**aide-ménagère** est principalement chargée des **tâches ménagères** : elle gère la maison ou l'appartement en veillant à la *propreté* et à l'ordre, elle **lave et repasse** le linge et peut **cuisiner** et préparer les repas.

Service de : .....

Référent :

Madame / Monsieur : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Fréquence de passage : .....

Tâches : .....

.....

RPA Délibération n°31/2020 en date du 17/11/2020

C.C.A.S DE
LA FERTE-GAUCHER

FICHE AUTONOMIE

N° DU LOGEMENT : .....

Doit être complétée par le médecin traitant :

Docteur : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

En vue d'une admission au sein d'une Résidence pour Personnes Autonomes (établissement non médicalisé) cette fiche *Autonomie* dûment remplie par votre médecin traitant atteste que votre état de santé physique et psychique vous permet d'intégrer une résidence pour personnes autonomes.

Futur(e) résident(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

Lieu de résidence actuel : .....

.....

Date et lieu de Naissance .....

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION : .....

.....

.....

AVIS DU MEDECIN TRAITANT : .....

.....

.....

Groupe Iso Ressources (GIR) : .....

Date : ..... Fait à ..... Signature :

RPA Délibération n°31/2020 en date du 17/11/2020

C.C.A.S DE
LA FERTE-GAUCHER

PHOTO

DEMANDE D'ADMISSION A LA R.P.A. « LA COMMANDERIE »

IDENTITE DU (DES) FUTUR(S) RESIDENT(S)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : ..... à .....

Situation de famille : ☐ Veuf (ve) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Marié(e) ☐Union libre

Pour les couples :

Nom du conjoint : ..... Prénom du conjoint : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse complète :

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

Identité des enfants :

Nom : ..... Prénom : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

C.C.A.S DE
LA FERTE-GAUCHER

Nom : ..... Prénom : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

Nom : ..... Prénom : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

Nom : ..... Prénom : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

Nom : ..... Prénom : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

C.C.A.S DE
LA FERTE-GAUCHER

LES PROFESSIONNELS
DE SANTE

N° DU LOGEMENT :

NOM et PRÉNOM : .....

Coordonnées du Médecin traitant :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Coordonnées de l'infirmière :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Coordonnées du kinésithérapeute :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

RPA Délibération n°31/2020 en date du 17/11/2020

Coordonnées du kinésithérapeute :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Coordonnées du pédicure :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Coordonnées du service hospitalier en cas de suivi médical :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

C.C.A.S DE
LA FERTE-GAUCHER

MESURE DE PROTECTION

NOM et PRÉNOM .....

N° du logement : .....

Certaines personnes se trouvent dans l'impossibilité de pourvoir, seules, à leurs intérêts en raison d'une altération de leurs facultés mentales et/ou corporelles.
Une *mesure de protection* juridique peut être mise en place (*sauvegarde de justice*, *curatelle*, *tutelle*, habilitation familiale).
Toute personne majeure peut désigner *une personne de confiance*, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée si elle-même n'est plus capable d'exprimer sa volonté ou de recevoir des informations indispensables. Cette désignation est faite par écrit et peut-être révoquée à tout moment.

Désignation d'une personne de confiance :

Madame/Monsieur .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Mise en place d'une mesure de protection :

Mesure de : Curatelle Curatelle renforcée Tutelle

Mesure exercée par : une association

Nom de l'association : .....

Un mandataire judiciaire libéral

Référent : Madame / Monsieur .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

RPA Délibération n°31/2020 en date du 17/11/2020

C.C.A.S DE
LA FERTE-GAUCHER

DONNÉES SUR L'AUTONOMIE

NOM et PRÉNOM : .....

Date de Naissance : .....

Le modèle AGGIR, Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources, évalue les activités effectuées ou non par la personne seule, et permet de définir des "groupes iso-ressources" rassemblant des individus ayant des niveaux proches de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.
Son champ se limite aux activités domestiques, sociales, corporelles et mentales, et exclue les pathologies qui relèvent d'un autre outil d'évaluation.
Le modèle AGGIR n'est qu'un des éléments de l'ensemble des informations (histoire, état de santé, contexte psychologique, environnement physique, humain et matériel...).
Il constitue un bon instrument de description synthétique des problèmes qui se posent dans les différentes activités de la vie courante d'une personne.
L'observation porte sur les activités effectuées par la personne seule, en excluant ce que font les « aidants » et les soignants (il faut en effet bien distinguer ce que fait la personne âgée et ce que font l'entourage et les professionnels).
En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie intégrante de la personne.

Cocher 9 affirmations pour connaitre le niveau de GIR de la personne concernée.

fait seul, totalement, régulièrement et correctement	Fait partiellement ou irrégulièrement ou incorrectement	Ne fait pas, ne peut pas ou ne veut pas le faire

1. Cohérence
Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises.

2. Orientation
Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir), dans les lieux habituels ...

3. Toilette
Se laver seul, habituellement et correctement, le haut et le bas du corps.

4. Habillage
S'habiller, se déshabiller, seul, totalement et correctement.

5. Alimentation
Se servir et manger seul, correctement. On considère que les aliments sont déjà préparés.

6. Transfert
Pouvoir passer seul, d'une des 3 positions (debout, assis, couché) à une autre, dans les 2 sens.

7. Déplacement intérieur
Se déplacer seul à l'intérieur du domicile (même avec canne, déambulatoire ou fauteuil roulant).

Votre GIR :

A..... le .....

Signature et cachet du praticien

Les groupes iso-ressources

Signification du Gir auquel la personne est rattachée	
Gir	**Degrés de dépendance**
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement et a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage - ou personne ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui a besoin d'une aide pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

C.C.A.S DE
LA FERTE-GAUCHER

MOTIVATION ET RESSOURCES
DU FUTUR RESIDENT

NOM et Prénom : .....

Date d'entrée : .....

Raisons de votre entrée à la R.P.A « La Commanderie » :

☐ Rapprochement familial ☐ Adaptation du logement à ses capacités

☐ Solitude / Isolement

☐ Autre (A préciser) .....

Bénéficiez-vous de l'Aide Personnalisée au Logement (A.P.L.) : ☐ Oui ☐ Non

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) : ☐ Oui ☐Non

VOS RESSOURCES : retraites diverses et autres ressources :

Indiquer ci-dessous la nature et le montant de chacune de vos retraites et autres ressources (obligation de fournir les copies de tous les justificatifs) :

Nature des ressources		Montant mensuel
Retraites Régime Général		
Retraites complémentaires		
Autres ressources		
Prestations familiales (APL)		
Total mensuel		

Pour le règlement des factures :

Joindre le relevé bancaire qui servira au règlement des loyers

Informations à communiquer :

Banque : .....

Adresse de la banque : .....

.....

Joindre le mandat SEPA qui servira au prélèvement des loyers

RPA Délibération n°31/2020 en date du 17/11/2020

C.C.A.S DE
LA FERTE-GAUCHER

CONTACTS EN CAS D'INCIDENT

NOM et PRÉNOM : .....

N° du logement : .....

CONTACTS A PREVENIR LA NUIT (par ordre de priorité)

Contact	Nom et Prénom	Adresse	Adresse mail	Téléphone
1				
2				
3				
4				
5				

RPA Délibération n°31/2020 en date du 17/11/2020

C.C.A.S DE
LA FERTE-GAUCHER

FICHE D'ACCOMPAGNEMENT DU RÉSIDENT HOSPITALISÉ

N° DU LOGEMENT : .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ..... à .....

Médecin traitant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Adresse du résident :

Résidence pour Personnes Autonomes « La Commanderie

25 bis, rue Ernest Delbet

77320 La Ferté Gaucher

Téléphone : 01 64 20 14 98

Adresse mail : directeurccas@lacommanderielfg@.com

Famille à prévenir en priorité :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

RPA Délibération n°31/2020 en date du 17/11/2020