



# CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

ÉVREUX

RESIDENCES AUTONOMIE

## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION RESIDENCES AUTONOMIE

Choix de la Résidence (à numéroter par ordre de préférence) :

.....Madeleine    ....Maillot    .....Navarre    ...Nétreville (*construction à venir*)

Date du dépôt du dossier :

NOM :

Prénom :

Adresse :

N° Téléphone :

Cadre réservé aux Résidences Autonomie :

Entretien de pré-admission en date du .....

Avis du CCAS : .....

Attribution de l'appartement n° .....

Le...../...../.....



NORMANDIE

Centre communal d'action sociale  
16 rue de la Petite Cité - CS 70186 - 27001 Évreux Cedex  
ccas@evreux.fr - ☎ : 02.32.31.89.89 – ☎ : 02.32.31.89.58



# CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

ÈVREUX

RESIDENCES AUTONOMIE

## 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 d'une Résidence autonomie sur Evreux.

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

- La fiche de renseignement complétée,
- La fiche d'autonomie complétée par votre médecin traitant,
- La copie du livret de famille (extrait de naissance pour les personnes célibataires),
- La copie de votre carte d'identité,
- La copie de votre avis d'imposition ou de non-imposition (admissions soumises à des conditions de ressources conformément aux conventions APL),
- La copie de vos traitements médicaux,
- La copie de votre dernière quittance de loyer,
- La copie du jugement de curatelle, de tutelle ou la sauvegarde de justice.

Restant à votre disposition,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma sincère considération.

La Direction des Résidences Autonomie





# CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

ÉVREUX

RESIDENCES AUTONOMIE

## FICHE D'AUTONOMIE

Doit être complétée par le médecin traitant

*En vue d'une admission au sein d'une Résidence Autonomie pour personnes âgées  
(établissement non médicalisé)*

NOM : .....

Prénom : .....

Lieu de résidence actuel : .....

.....

Date et lieu de Naissance : .....

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

.....

AVIS DU MEDECIN TRAITANT POUR UNE ENTREE EN RESIDENCE AUTONOMIE :

(Etablissement non médicalisé)

- Favorable  
 Défavorable



<b>Nom et Prénom</b>	<b>Orientation spatio-temporelle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Totalement désorienté(e)</li> <li>◇ Partiellement désorienté(e)</li> <li>◇ Bien orienté(e)</li> </ul>	<b>Cohérence</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Incohérente</li> <li>◇ Partiellement incohérente</li> <li>◇ Cohérente</li> </ul>
----------------------	--	---

<b>Troubles du comportement</b>	
OUI	NON
Précisez : (Fugues, agitation, agressivité, apathie, déambulation.....)	
.....	
.....	

<b>Vie sociale</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ S'isole</li> <li>◇ Communique à distance (écrit, téléphone..)</li> <li>◇ Communique avec l'entourage</li> <li>◇ Peut participer à des activités en groupe</li> </ul>

<b>Vue</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Non voyant(e)</li> <li>◇ Mal voyant(e)</li> <li>◇ Voyante</li> </ul>

<b>Audition</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Non entendant(e)</li> <li>◇ Mal entendant(e)</li> <li>◇ Entendant bien</li> </ul>

<b>Parole</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Ne peut s'exprimer</li> <li>◇ Parle avec difficulté</li> <li>◇ Parle normalement</li> </ul>

<b>Hygiène</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Ne peut pas faire sa toilette</li> <li>◇ Fait sa toilette avec une aide</li> <li>◇ Fait sa toilette seul(e)</li> </ul>

<b>Alimentation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Doit être alimenté(e)</li> <li>◇ Doit être aidé(e)</li> <li>◇ Doit être stimulé(e)</li> <li>◇ S'alimente seul(e)</li> </ul>
<b>Texture</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Normale</li> <li>◇ Hachée</li> <li>◇ Mixée</li> </ul>
<b>Troubles de la déglutition</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>Habillage</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Ne s'habille pas</li> <li>◇ Doit être aidé(e) pour s'habiller</li> <li>◇ S'habille seul(e)</li> </ul>

<b>Continence</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Incontinence complète</li> <li>◇ Incontinence occasionnelle    <input type="checkbox"/> Urinaire    <input type="checkbox"/> Anale</li> <li>◇ Doit être aidé(e)                    <input type="checkbox"/> Urinaire    <input type="checkbox"/> Anale</li> <li>◇ Pas d'incontinence</li> </ul>

<b>Périmètre de marche</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Confiné(e) au lit et/ou fauteuil</li> <li>◇ Se déplace dans le logement uniquement</li> <li>◇ Se déplace hors du logement</li> <li>◇ Se déplace à l'extérieur</li> </ul>

<b>Marche</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Avec l'aide d'une personne</li> <li>◇ Avec l'aide d'une canne</li> <li>◇ Avec l'aide d'un déambulateur</li> <li>◇ Sans aide</li> <li>◇ Fauteuil roulant avec aide</li> <li>◇ Fauteuil roulant sans aide</li> </ul>



## TRAITEMENTS MEDICAUX

**L'intéressé(e) est-il (elle) suivi(e) par un Médecin spécialiste ?.....**

- Si c'est le cas, Merci de mentionner leur(s) nom(s) et spécialité(s)

Date :

Cachet et signature du Médecin :



RESIDENCE : ..... Appartement n° : ..... Date d'entrée : ...../...../.....

**NOM-PRENOM :** .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Date et lieu de naissance : .....

Médecin traitant :

Téléphone :

### PERSONNES A PREVENIR

#### REFERENT FAMILIAL ou représentant légal

NOM-Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse (complète): .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

Mail : .....

NOM-Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse (complète): .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

Mail : .....

NOM-Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse (complète): .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

Mail : .....

NOM-Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse (complète): .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

Mail : .....

#### Eventuellement ...

Coordonnées du Notaire : .....

N° Contrat obsèques : .....