

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
Résidence autonomie Le Cèdre

Cadre réservé à l'administration

Dossier reçu le : _____

Visite faite le : _____

Entretien fait le : _____

Recevabilité du dossier : oui non

Motifs : dossier incomplet GIR ≤ 4
 âge < 60 ans autres : _____

Visite à domicile facultative faite le ____/____/____

Passage en commission d'admission : ____/____/____

Décision : acceptée ajournée refusée

Si ajournée ou refusée, motif :

Centre Communal d'Action Sociale – 70 rue des Héros Nogentais 94130 Nogent-sur-Marne

Résidence autonomie Le Cèdre - 6 rue Jean Soulès 94130 Nogent-sur-Marne

Tél. 01.88.29.64.15 / Fax. 01.88.29.64.19

lecedre@ville-nogentsurmarne.fr

Sommaire

Présentation	p 3
Tarifs.....	p 4
Questionnaire administratif	p 5
Vos conditions de logement actuel.....	p 8
Vos intervenants extérieurs actuels.....	p 9
Votre régime de protection sociale.....	p 10
Renseignements financiers.....	p 12
Votre projet de vie en Résidence autonomie	p 14
Information Grille AGGIR	p 15
Information sur la protection et la conservation des données.....	p 19
Pièces à joindre à la demande d'admission.....	p 20

Comment avez-vous connu la Résidence autonomie Le Cèdre ?

Type d'appartement souhaité :

- F1 bis
- F2 (pour les couples sauf en cas de disponibilité)

Avez-vous visité la Résidence Le Cèdre ? Oui Non

Si oui, merci de bien vouloir préciser la date de la visite : _____

Si non, vous serez contacté(e) pour une visite.

PRESENTATION

La Résidence Le Cèdre est un établissement public de type Résidence autonomie, gérée par le Centre Communal d'Action Sociale. Elle accueille des personnes valides et autonomes, à partir de 60 ans, seules ou en couple, avec une priorité pour les nogentais, parents et enfants de nogentais. D'autres personnes remplissant les mêmes conditions peuvent être acceptées dans la limite des places disponibles. Chaque résident a un logement indépendant et peut bénéficier de services communs.

L'accès à la Résidence Le Cèdre est contrôlé par un système d'interphone qui garantit la tranquillité des résidents.

La Résidence autonomie propose des services favorisant le bien être, le confort, la sécurité, le maintien de l'autonomie, le lien social et la lutte contre l'isolement.

La résidence est composée de 41 logements : 37 F1 bis et 4 F2 (réservés en priorité au couple) loués vides.

Les F1 bis sont composés d'une entrée avec placard et penderie, une pièce principale, un coin cuisine, une salle d'eau et une loggia avec branchement machine à laver.

Les F2 sont composés d'une entrée avec placard et penderie, une pièce principale avec un coin cuisine, une chambre, une salle d'eau et une loggia avec branchement machine à laver.

Dans le cas où votre demande d'admission est acceptée mais que nous n'avons pas de logement vacant, nous vous plaçons sur une liste d'attente. Dès qu'un logement se libère nous vous contacterons afin de faire un point sur votre situation. Nous vous fournirons une nouvelle grille AGGIR afin de valider votre GIR et après examen de votre situation, nous vous proposerons éventuellement un logement.

La présente demande d'admission est conservée 2 ans, au terme de ce délai, vous devrez refaire un dossier de demande d'admission.

TARIFS

➤ Logements

Logements rénovés et tarif aide sociale (tarif en vigueur depuis le 1^{er} mai 2024)

Logement F1 bis – 28 m² : **24.55 € / jour**

Charges comprises eau – électricité - chauffage

Logement F2 - 40 m² : **29.43 € / jour** - réservé en priorité au couple

Charges comprises eau – électricité – chauffage

➤ Restauration

Tarif en vigueur depuis le 1^{er} novembre 2023

Repas du midi en fonction des ressources de : **4,40 € à 9,95 €**

Repas invité : **10,50 €**

Complément pour le soir à emporter : **1,60 €**

Tarifs aide sociale

Tarif en vigueur depuis le 1 janvier 2015

Repas du midi : **6,06 €**

Repas du soir emporté : **2,12 €**

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

➤ Etat civil du demandeur

Civilité : Monsieur Madame

Nom marital : _____

Nom de naissance : _____

Prénom (s) : _____

Date de naissance : ____/____/____

Age : _____

Lieu de naissance : _____

Pays ou département : _____

Dernière profession exercée :

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Mesure de protection juridique

Aucune Oui En cours

: Tutelle Curatelle

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

Habilitation familiale

Coordonnées du mandataire

Organisme : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

➤ Etat civil du co-demandeur

Civilité : Monsieur Madame

Nom marital : _____

Nom de naissance : _____

Prénom (s) : _____

Date de naissance : ____/____/____

Age : _____

Lieu de naissance : _____

Pays ou département : _____

Dernière profession exercée :

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Mesure de protection juridique

Aucune Oui En cours

: Tutelle Curatelle

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

Habilitation familiale

Coordonnées du mandataire

Organisme : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

➤ **Situation familiale du demandeur**

Célibataire Vie maritale

Marié(e)

situation du conjoint : _____

Veuf (ve) Pacsé(e)

Divorcé(e)/Séparé(e)

➤ **Situation familiale du co- demandeur**

Célibataire Vie maritale

Marié(e)

situation du conjoint : _____

Veuf (ve) Pacsé(e)

Divorcé(e)/Séparé(e)

➤ **Cordonnées de la personne à contacter au sujet de cette demande d'admission, si différent de la personne concernée**

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Lien de parenté ou de la relation avec la personne concernée : _____

Nombre d'enfant(s) du demandeur _____,

Nombre d'enfant(s) du co-demandeur _____

➤ **Cordonnées des enfants**

du demandeur du co-demandeur

1 - Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

du demandeur du co-demandeur

2 - Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

du demandeur du co-demandeur

3- Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

VOS CONDITIONS DE LOGEMENT ACTUEL

➤ **Etes-vous :**

Locataire (une entrée en Résidence autonomie réduit la durée de votre préavis auprès de votre bailleur ou propriétaire à 1 mois)

Propriétaire Logement en immeuble collectif Pavillon

Hébergé(e) à titre gratuit. Lien avec l'hébergeant : _____

Hospitalisé(e) lieu : _____

Service : _____ Tel : _____

Autre : _____

➤ **Vivez-vous seul(e) ?** Oui

Non Avec votre co-demandeur : Oui Non

Avec vos enfants : Oui Non

Avec une tierce personne : Oui Non

➤ **Avez-vous :** l'eau le gaz l'électricité
 une douche une baignoire un lavabo

Des toilettes : à l'intérieur du logement à l'extérieur du logement

➤ **Bénéficiez-vous d'une allocation logement :**

Oui CAF MSA Non

Nom de l'allocataire : _____ N° allocataire : _____

➤ **Avez-vous déjà vécu en structure d'hébergement** (EHPAD, Résidence autonomie, CHRS, Foyer d'hébergement, foyer pour personne handicapée,...) ?

Demandeur Co-demandeur

Oui, lequel : _____ Téléphone : _____

Date d'entrée : _____ Date de sortie : _____

Non

➤ **Animal de compagnie :** Chat Chien Autre _____

Votre attention est attirée sur le fait que seul un animal de compagnie de petite taille est accepté dans votre appartement.

Vous devrez, à l'entrée dans l'établissement, transmettre les coordonnées de la personne qui pourra prendre en charge votre animal de compagnie en cas d'hospitalisation.

VOS INTERVENANTS EXTERIEURS ACTUELS

Demandeur

➤ Soins infirmiers à domicile :

Oui Non

Nom : _____

Téléphone : _____

➤ Aide-ménagère / auxiliaire de vie/ aide au ménage :

Oui Non

Nom : _____

Téléphone : _____

➤ Aide à la toilette :

Oui Non

Nom : _____

Téléphone : _____

➤ Portage de repas :

Oui Non

Nom de l'organisme : _____

➤ Autres (kinésithérapeute, ...) :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Co-demandeur

➤ Soins infirmiers à domicile :

Oui Non

Nom : _____

Téléphone : _____

➤ Aide-ménagère / auxiliaire de vie/ aide au ménage :

Oui Non

Nom : _____

Téléphone : _____

➤ Aide à la toilette :

Oui Non

Nom : _____

Téléphone : _____

➤ Portage de repas :

Oui Non

Nom de l'organisme : _____

➤ Autres (kinésithérapeute, ...) :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Si vous ne pouvez garder vos services, nous pouvons vous transmettre une liste des services et professionnels de soins à proximité de la Résidence Le Cèdre.

VOTRE REGIME DE PROTECTION SOCIALE

Demandeur

➤ **Caisse d'assurance maladie**

Nom de la caisse : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Numéro d'immatriculation :

➤ **Mutuelle** (régime complémentaire)

Nom de l'organisme : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Numéro d'adhérent : _____

➤ **Médecin Traitant**

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Co-demandeur

➤ **Caisse d'assurance maladie**

Nom de la caisse : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Numéro d'immatriculation :

➤ **Mutuelle** (régime complémentaire)

Nom de l'organisme : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Numéro d'adhérent : _____

➤ **Médecin Traitant**

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

➤ **Caisses de retraite du demandeur (principale et complémentaires)**

Nom	Adresse	Code postal	Ville	Téléphone

➤ **Caisses de retraite du co-demandeur (principale et complémentaires)**

Nom	Adresse	Code postal	Ville	Téléphone

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS		
Vos ressources (montant mensuel)	Demandeur	Co-demandeur
Retraite principale		
Retraites complémentaires		
Allocation de solidarité personne âgée (ASPA)		
Allocation adulte handicapé		
Pension d'invalidité		
Rentes (accident du travail ou autre)		
Pension de guerre		
Revenus fonciers		
Pension alimentaire perçue		
Autre ressources (à préciser)		
ALS ou APL		
Vos Charges (montant mensuel)		
Impôts sur le revenu (montant annuel)		
Taxe d'habitation (montant annuel)		
Taxe foncière (montant annuel)		
Loyer		
Remboursement de prêt immobilier		
Charges de copropriété		
Pension alimentaire versée		
Assurance, eau, EDF, électricité etc....		
Mutuelle		
Charges liées au logement		
Crédit à la consommation		
Reste à vivre		

➤ **Comment envisagez-vous de financer la redevance mensuelle ?**

Seul(e) en couple Avec l'aide d'un tiers, lequel : _____

Aide sociale à l'hébergement par le conseil départemental ?

Oui Non Demande en cours/ envisagée

Allocation Personnalisée au logement (APL- CAF, MSA) ?

Oui Non Demande en cours/ envisagée

Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) ?

Oui GIR _____ Non Demande en cours/ envisagée

➤ **Date d'entrée souhaitée :**

Immédiate

Dans les 6 mois suivant la demande

Echéance plus lointaine : _____

Je soussigné, _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés et m'engage à prévenir le service si mes ressources et mes charges venaient à changer et tout autre élément renseigné.

Date :

Signature (s)

VOTRE PROJET DE VIE EN RESIDENCE AUTONOMIE

➤ Vos attentes, vos besoins, votre vie au sein de l'établissement....

Le lien social :

La sécurité :

Les repas :

Les animations :

L'accompagnement :

➤ Pourquoi souhaitez-vous entrer à la Résidence autonomie Le Cèdre :

Fait à : _____ Date : _____ / _____ / _____

Signature (s) :

INFORMATION GRILLE AGGIR

Vous trouverez ci-joint 2 exemplaires (un pour chaque demandeur) de la Grille AGGIR à faire remplir par votre médecin traitant si vous n'avez pas fait de demande d'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) depuis plus de 6 mois.

Texte réglementaire :

Décret n°2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

Le calcul du GIR sera effectué par l'équipe médico-sociale du Conseil Départemental en charge d'établir le plan d'aide de l'APA pour les personnes qui souhaitent en bénéficier **ou par le médecin traitant pour ceux qui ne font pas une demande d'APA. Cette information devra être mise à jour chaque année.**

La Résidence autonomie devra tenir un tableau compilant les données de girage de l'ensemble des résidents concernés pour fournir ces informations anonymisées aux autorités qui en feraient la demande.

Références :

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/5_fiche_dgcs_resid_autonomie_et_questions_reponses.pdf

GRILLE AGGIR

Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

(A faire compléter par votre médecin traitant)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance _____ / _____ / _____

Situation au regard des actes essentiels et ordinaires de la vie

A : fait seul, totalement habituellement, correctement

B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : ne fait pas

VARIABLES DISCRIMINANTES – AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
1	COHERENCE : converser et /ou se comporter de façon sensée	
2	ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
3	TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
		Bas
4	HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
		Moyen
		Bas
5	ALIMENTATION : manger des aliments préparés	Se servir
		Manger
6	ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
		Fécale
7	TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
8	DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
9	DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : � partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
10	COMMUNICATION VERBALE A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
11	GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
12	CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
13	MENAGE effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
14	TRANSPORT : prendre et /ou commander un moyen de transport	
15	ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
16	SUIVI DU TRAITEMENT se conformer à l'ordonnance du médecin	
17	ACTIVITE DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelle, sociales, de loisirs ou de passetemps	
		GIR

A _____, le _____

Signature et cachet du médecin traitant

INFORMATION SUR LA PROTECTION ET LA CONSERVATION DES DONNEES

Lorsque la collecte d'informations se fait par voie de questionnaire, la loi prévoit l'obligation de mentionner sur celui-ci certaines des prescriptions ci-dessous énoncées. Les informations portées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé par la Résidence Le Cèdre pour le suivi de votre dossier. Les destinataires des données sont le personnel de la résidence, les travailleurs sociaux du CCAS et la Direction du CCAS.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'une limitation du traitement ainsi que de la portabilité des données. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser à la Résidence Le Cèdre lecedre@ville-nogentsurmarne.fr avec copie par mail à rgpd@infocom94.fr ou par courrier à INFOCOM'94 - RGPD, 92 boulevard de la Marne, 94210 LA VARENNE SAINT HILAIRE.

Les dossiers de demande d'admission pour lesquels un logement a été attribué sont conservés dans le dossier de la personne accueillie.

Les dossiers de demande d'admission sur liste d'attente ou pour lesquels un logement a été refusé sont conservés 2 ans ; au-delà de ce délai, ils sont détruits.

**PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE D'ADMISSION
A LA RESIDENCE AUTONOMIE
LE CEDRE**

Pour chaque personne concernée par la demande :

- Une photo récente d'identité

- La ou les grille(s) d'évaluation de l'autonomie (AGGIR) inclus dans ce document à faire renseigner et signer par votre médecin traitant.

- Photocopie :
 - de l'intégralité du ou des livrets de familles,
 - de la pièce d'identité en cours de validité,
 - de l'attestation d'assuré social (et non de la carte vitale),
 - de la carte de mutuelle «complémentaire santé»,
 - du dernier avis d'imposition sur les revenus,
 - le cas échéant, du jugement de protection, juridique (tutelle ou curatelle), ou mandat de protection future ou habilitation familiale.
 - de la notification, soit de votre caisse relative au financement d'une aide à domicile, soit du Conseil Départemental concernant l'octroi d'une APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie),
 - des notifications de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou de la Mutualité Sociale Agricole (MSA),
 - des notifications annuelles des caisses de retraites,
 - de l'attestation d'assurance habitation du lieu de votre résidence actuelle,
 - si vous êtes hébergé(e), votre attestation d'assurance responsabilité civile.
 - Trois dernières quittances de loyer.