



Maison d'Accueil et de Résidence Pour l'Autonomie

LA MAISON DU PARC 82270 MONTALZAT

Tél/Fax : 05.63.66.10.38

E-mail : agmm82@orange.fr

Site : www.lamaisonduparc.fr

DOSSIER D'ADMISSION

Logement N°

Tél.

LOCATAIRE

NOM DE FAMILLE : _____ PRENOM : _____

NOM DE NAISSANCE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____

Célibataire	Marié(e)	Divorcé(e)	Séparé(e)	Veuf (ve)	Vie maritale
-------------	----------	------------	-----------	-----------	--------------

ACTIVITE AVANT LA RETRAITE : _____

VIENT D'UN AUTRE ETABLISSEMENT oui Non D'UN HOPITAL oui Non

REGIME DE SECURITE SOCIALE : _____ N° _____

ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE : _____

ADRESSE : _____

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE oui Non N° _____

NOM ET ADRESSE : _____

ETES-VOUS A 100% oui Non PENSIONNE DE GUERRE oui Non

CONJOINT

NOM DE FAMILLE : _____ PRENOM : _____

NOM DE NAISSANCE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____ LIEU DE NAISSANCE : _____

ACTIVITE AVANT LA RETRAITE : _____

VIENT D'UN AUTRE ETABLISSEMENT oui Non D'UN HOPITAL oui Non

REGIME DE SECURITE SOCIALE : _____ N° _____

ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE : _____

ADRESSE : _____

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE oui Non N° _____

NOM ET ADRESSE : _____

ETES-VOUS A 100% oui Non PENSIONNE DE GUERRE oui Non

SI LE CONJOINT EST DECEDE , PRECISER LA DATE DU DECES : _____

RESSOURCES REGULIERES

AVANTAGE PRINCIPAL		Nbre de trimestres validés	Versement M (mensuel) T (trimestriel) A (Annuel)	MONTANT PERCU PAR		Remarques
Régime	N° titre de retraite			demandeur	conjoint	
Sécurité Sociale						
Retraite Agricole (exploitant)						
Pension Agricole (salariés)						
Caisses Retraite non-salariés						
Régimes Spéciaux						
AVANTAGE COMPLEMENTAIRE						
Nom de l'organisme			N° d'allocataire			
DONATION						
date			valeur			
AUTRES RESSOURCES						
Rentes accident du travail						
Rentes ou pensions d'invalidité						
Pensions veuve de guerre						
Pensions militaires						
Rentes viagères						
Revenus locatifs , fermages						
Revenus mobiliers						
Allocations handicapés						
Autres allocations d'Aide Sociale						
Pensions alimentaires versées par enfants						
Indemnité viagère de départ						
Autres ressources (APL – ALS)						
<u>TOTAL GENERAL</u>						

ETAT CIVIL ET SITUATION DES ENFANTS

NOM - PRENOM	DATE DE NAISSANCE	PROFESSION	ADRESSE /TELEPHONE/MAIL

QUI PREVENIR EN CAS D'URGENCE

1 – NOM – PRENOM : _____
ADRESSE : _____
TELEPHONE : _____
LIEN DE PARENTE : _____

2 – NOM – PRENOM : _____
ADRESSE : _____
TELEPHONE : _____
LIEN DE PARENTE : _____

MEDECIN TRAITANT

NOM : _____
ADRESSE : _____
TELEPHONE : _____

RENSEIGNEMENTS

PEUT -IL SANS DIFFICULTE :	DEMANDEUR		CONJOINT	
	OUI	NON	OUI	NON
Marcher seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire son ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se promener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-T-IL BESOIN D'UNE TIERCE PERSONNE POUR LES ACTES DE LA VIE ORDINAIRE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-T-IL BESOIN D'UNE AIDE A DOMICILE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre d'heures	
Nom de l'Association	
POSSEDE-T-IL LE PERMIS DE CONDUIRE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSSEDE-T-IL UN VEHICULE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-T-IL REDIGE DES DIRECTIVES ANTICIPEES ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REMARQUES ET SUGGESTIONS ET SIGNATURE DU DEMANDEUR

