



Résidence

Porte de
France

Le bien-être sur un plateau

DOSSIER ADMINISTRATIF EN VUE D'UNE ADMISSION

FUTUR(E) RESIDENT(E)

NOM :

PRENOM :

V.P.A. prévue :

Date :

Heure :

Information par téléphone le :

ADMISSION le :

N° de chambre :

FICHE ADMINISTRATIVE

ETAT CIVIL

Nom : Nom de jeune fille :

Prénoms : Nationalité :

Date de naissance :Lieu :

Fils (Ile) de :
et de :

Dernière adresse connue dans les 3 mois précédant l'admission :

Inscription sur liste électorale : Oui Non Lieu :

Lieu de vote souhaité : Rocroi Commune précédente à l'admission

- *L'établissement ne pourra accompagner les résidents que sur la commune de Rocroi.*

Situation de famille :

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Vie maritale ⁽¹⁾

- Veuf (ve) de : depuis le

Ancien combattant ou veuve d'ancien combattant : Oui Non

Nombre d'enfants :

Profession exercée avant la retraite :

(1) Entourez la bonne réponse

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Admission le : Origine :

Provenance :

Domicile ou milieu ordinaire

Etablissement de santé

Etablissement médico-social

Autre provenance :

Médecin traitant : Kinésithérapeute :

En cas d'hospitalisation, avez-vous un établissement de préférence ?

..... Sté Ambulances :

N° sécurité sociale : /___/___/___/___/___/___/___/___/ Centre :

Date de début des droits : Régime :

Code gestion : Code régime :

Adresse :

Mutuelle :

CAF / MSA : Avez-vous un numéro d'allocataire auprès de la CAF/ MSA(1) ?

Oui Non Si oui, N° d'allocataire :

Mesure de protection : non oui, tutelle oui, curatelle

Demande de sauvegarde de justice en cours : Oui Non

Si oui, nom et adresse du tuteur ou curateur ou mandataire :

..... Téléphone :

Prise en charge : Aide sociale Payant : Prélèvement ou chèque (1)

(1) Entourer la bonne réponse

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

Percevez-vous : - l'Allocation Compensatrice Tierce Personne ? Oui Non

- La Prestation de Compensation du Handicap ? Oui Non

- La Majoration Tierce Personne (MTP) ? Oui Non

- Une retraite des anciens combattants ? Oui Non

N° de retraite anciens combattants :

Date de mise à la retraite :

Pensions ou revenus : *(Joindre justificatifs)*

Organismes	Montant	Périodicité	Montant annuel
TOTAL			

Etes-vous propriétaire ? Oui Non

Si oui, l'adresse du bien :

.....

NOTAIRE :

(Adresse)

N° tél.

DEPENSES PERSONNELLES :

A quelle personne doit-on s'adresser pour les éventuelles dépenses personnelles ?

NOM : PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

NOM du RESIDENT :

PRENOM :

COORDONNEES DES OBLIGES ALIMENTAIRES

Nom : Prénom : Lien parenté :
Adresse :
Téléphone :
Adresse mail :
Nom : Prénom : Lien parenté :
Adresse :
Téléphone :
Adresse mail :
Nom : Prénom : Lien parenté :
Adresse :
Téléphone :
Adresse mail :
Nom : Prénom : Lien parenté :
Adresse :
Téléphone :
Adresse mail :
Nom : Prénom : Lien parenté :
Adresse :
Téléphone :
Adresse mail :

PERSONNES A CONTACTER EN PRIORITE

**Inscrire les coordonnées des personnes à contacter en cas de problèmes,
y compris la nuit, le dimanche et les jours fériés.**

Nom : Prénom : Lien parenté :
Adresse :
Téléphone :
Adresse mail :
Nom : Prénom : Lien parenté :
Adresse :
Téléphone :
Adresse mail :
Nom : Prénom : Lien parenté :
Adresse :
Téléphone :
Adresse mail :
Observations :
.....

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Frais de séjour à adresser à :

.....

.....

Donnez vous votre consentement pour l'affichage de votre nom, votre prénom et le numéro de votre chambre sur le tableau d'affichage du hall de l'EHPAD ? : oui non ⁽¹⁾
et sur la porte de votre chambre ? oui non ⁽¹⁾

Courrier à remettre au résident :

Si non, merci d'effectuer le changement d'adresse auprès de la poste et des différents organismes avant l'admission.

(1) Entourez la bonne réponse

DISPOSITIONS A SUIVRE EN CAS DE DECES

NOM du RESIDENT : NOM de JEUNE FILLE :

PRENOMS :

QUELLE PERSONNE CONTACTER en PRIORITE ?

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE : Souhaitez-vous être prévenu la nuit ?

En cas d'absence :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE : Souhaitez-vous être prévenu la nuit ?

DONNEZ -VOUS VOTRE ACCORD POUR QUE L'ETABLISSEMENT :

- Annonce votre décès le moment venu ? Oui non **(1)**

- Procède à l'affichage d'un avis de décès comprenant le nom, prénom, âge, une photographie, ainsi que la date des obsèques ? Oui non **(1)**

- Organise un hommage au sein de l'établissement ? Oui non **(1)**

* RETOUR au DOMICILE : oui non **(1)** Si oui, à quelle adresse :

.....

Par transport de corps : sans mise en bière avec mise en bière **(1)**

* DEPOT du CORPS : dans service de pompes funèbres : sans mise en bière avec mise en bière **(1)**

Y A-T-IL UN CONTRAT D'OBSEQUES ? Oui non **(1)**

Si oui, indiquer le nom, adresse et n° de téléphone de la société :

.....

Si non, quelle SOCIETE de POMPES FUNEBRES CONTACTER :

.....

ENTERREMENT : RELIGIEUX ou CIVIL **(1)**

Si service religieux, dans quelle ville ?

.....

INHUMATION : CIMETIERE de :

EMPLACEMENT ou CONCESSION de PREVUS ? Oui non **(1)**

REMARQUES PARTICULIERES : (vêtements, bijoux, ...)

.....

.....

(1) Entourer la bonne réponse

GESTION DU TELEPHONE PAR L'ETABLISSEMENT

L'établissement propose à chacun de ses résidents une prestation téléphonique :

La gestion du téléphone par l'établissement, aux tarifs suivants (Délibération n° 25/2024), un forfait de 15.00 euros TTC/mois comprenant :

- * la mise à disposition d'une ligne téléphonique
- * la mise à disposition d'un appareil à touches normales ou grosses touches
- * la facturation des unités

Le résident aura son propre numéro d'appel et le choix entre la mise à disposition

- ⇒ d'une ligne en utilisation restreinte (pour seulement recevoir des appels)
- ⇒ d'une ligne en utilisation complète (pour recevoir et passer des appels)

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec nos services administratifs.

Rocroi, le 1er novembre 2024

A l'aide du coupon-réponse ci-dessous, veuillez nous faire connaître vos souhaits :

(Entourer les bonnes réponses)

NOM du RESIDENT :

PRENOM :

⇒ Location d'une ligne : oui non

 Si oui : en utilisation restreinte en utilisation complète

⇒ Avec un poste : oui non

 Si oui : à touches normales à grosses touches

Date de début souhaitée pour cette prestation : _____

⇒ Facturation : sur la facture des frais de séjour

Date :

Signature :