



**RESIDENCE  
PLEIN CIEL**  
UNE RESIDENCE PHILOGERIS

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION  
EN RESIDENCE-AUTONOMIE**

**Réservé à l'établissement :**

**Réservé au CCAS :**

## DOSSIER ADMINISTRATIF

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

### ADRESSE

N° voie, rue, boulevard

Code postal

Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Vit maritalement

Pacsé(e)

Marié(e)

Veuf(ve)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Nombre d'enfants

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Oui

Non

En cours

Si oui, laquelle : Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

Contexte de la demande d'admission

## ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

(en cas de mesure de protection juridique)

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

### ADRESSE

N° voie, rue, boulevard

Code postal

Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email

---

## PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée ? Oui

Non

SI OUI : Civilité :

Monsieur

Madame

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

### ADRESSE

N° voie, rue, boulevard

Code postal

Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

## DEMANDE

Type d'hébergement/accompagné recherché : hébergement permanent  hébergement temporaire

Accueil couple souhaité : Oui  Non

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire : \_\_\_\_\_

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile  Chez enfant/proche  Résidence-autonomie  Hôpital ou SSR

Autre (préciser)

Dans tous les cas,  
préciser le nom de  
l'établissement

La personne concernée est-elle informée de la demande ? Oui  Non

La personne concernée est-elle consentante ? Oui  Non

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

**Dans le cas où la personne qui effectue la demande n'est pas la personne concernée :**

COORDONNEES DE LA PERSONNE A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

Prénom(s)

ADRESSE

N° voie, rue, boulevard

Code postal

Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

---

## ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

Seule  Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Allocation logement Oui  Non  Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée d'autonomie Oui  Non  Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne Oui  Non

---

Commentaires

---

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT  DANS LES 6 MOIS  ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Date de la demande : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

## ANNEXE : EVALUATION DE L'AUTONOMIE

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

Prénom(s)

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

A : fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement

B : fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement

C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

Commentaires

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_, atteste que l'état de santé de M. /

Mme \_\_\_\_\_ est compatible avec la structure d'accueil non

médicalisée, résidence-autonomie Plein Ciel.

**MEDECIN QUI A RENSEIGNÉ LE DOSSIER**

Nom

Prénom

**ADRESSE**

N° voie, rue, boulevard

Code postal

Ville

Date \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature et cachet du médecin