

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION EN RESIDENCE

Merci de renseigner tous les champs. Bien que certaines informations demandées soient facultatives, sachez qu'un dossier complet est généralement traité plus rapidement.

Notre association s'engage à protéger votre vie privée. Ainsi, les informations que vous nous communiquez pour traiter votre demande sont à l'usage exclusif de l'établissement concerné et les services support du siège d'ARPAVIE. Le dossier est adressé au directeur/directrice d'une résidence de votre choix afin d'étudier votre situation personnelle par rapport aux conditions d'admission dans un établissement ARPAVIE.

Vous préférez être contacté : ☐ par téléphone ☐ par e-mail

Données administratives

CANDIDAT

Nom : _____

Prénoms : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Type de logement habituel :

☐ Propriétaire ☐ Locataire

Situation de famille :

☐ Célibataire ☐ Veuf (ve)

☐ Séparé (e) ☐ Divorcé (e)

☐ Marié (e) ☐ Pacsé (e)

Nombre d'enfant (s) : _____

CONJOINT (SI CANDIDAT)

Nom : _____

Prénoms : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Type de logement habituel :

☐ Propriétaire ☐ Locataire

Situation de famille :

☐ Célibataire ☐ Veuf (ve)

☐ Séparé (e) ☐ Divorcé (e)

☐ Marié (e) ☐ Pacsé (e)

Nombre d'enfant (s) : _____

N° Sécurité sociale (facultatif) :

Adresse du centre :

Mutuelle

Numéro d'adhérent :

Nom :

Adresse :

Personne à contacter en priorité :

N° Sécurité sociale (facultatif) :

Adresse du centre :

Mutuelle

Numéro d'adhérent :

Nom :

Adresse :

Personne à contacter en priorité :

Nom du conjoint, des enfants, des plus proches parents ou amis

Nom - Prénom	Parenté	Adresse	Téléphone

CANDIDAT

Activités professionnelles avant la retraite :

Médecin traitant

Nom :

Adresse :

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique ?

☐ oui ☐ non ☐ Sauvegarde de justice

☐ Curatelle ☐ Tutelle

Avez-vous un notaire ? (facultatif) ☐ OUI ☐ NON

Nom :

Adresse :

CONJOINT

Activités professionnelles avant la retraite :

Médecin traitant

Nom :

Adresse :

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique ?

☐ oui ☐ non ☐ Sauvegarde de justice

☐ Curatelle ☐ Tutelle

Avez-vous un notaire ? (facultatif) ☐ OUI ☐ NON

Nom :

Adresse :

Ressources annuelles

	montant en euros	
Retraites principales (noms des organismes)	Demandeur	Conjoint
Retraites complémentaires (noms des organismes)	Demandeur	Conjoint
Autres ressources	Demandeur	Conjoint
Rente accident du travail		
Pension d'invalidité		
Pension militaire		
Rente viagère		
Revenus fonciers		
AAH (Allocation Adulte Handicapé)		
Autre :		

Motif de la candidature

☐ Isolement, besoin de vie sociale

☐ Besoin de sécurité

☐ Rapprochement familial

☐ Autre :

Préciser : _____

Règlement des frais de séjour

Sollicitez-vous votre entrée à la résidence : ☐ Sur vos seules ressources

☐ Avec l'aide de vos enfants ou vos proches

Si l'établissement est habilité à l'aide sociale, avez-vous fait une demande ? ☐ oui ☐ non

Si oui, est-elle : ☐ en cours / date et lieu du dépôt de la demande : _____

☐ accordée

Bénéficiez-vous de l'APA (Allocation personnalisée d'Autonomie) ?

☐ à domicile Montant mensuel : _____

Sinon avez-vous une demande d'APA en cours ? ☐ oui ☐ non

Si oui, date et lieu du dépôt de la demande : _____

Bénéficiez-vous d'une allocation logement (APL-APS) ? ☐ oui ☐ non

Si oui, quel est le montant mensuel ? : _____

Numéro d'immatriculation CAF : _____

Adresse : _____

Nom et qualité du signataire : _____

A : _____ Le : _____

Le dossier de candidature ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente, l'admission nécessitant la signature d'un contrat de séjour. Une fois que l'entrée en établissement est confirmée, ces informations sont conservées dans le dossier du résident.

Si la résidence que vous souhaitez intégrer ne dispose pas de logement libre, nous pouvons vous guider dans la recherche d'un autre établissement d'ARPAVIE possédant des logements disponibles.

J'accepte de recevoir les informations concernant les résidences et offres de service d'ARPAVIE : ☐ OUI ☐ NON

Sauf avis contraire de votre part, nous conservons vos données pour une durée maximale de 3 ans à compter de votre première demande ou du dernier contact émanant de votre part.

Conformément à la loi n° 78-17 « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 en vigueur, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression des données qui vous concernent. Vous disposez également d'un droit de définir les directives sur vos données après décès (vos données seront supprimées à défaut de demandes contraires de votre part). Pour exercer vos droits, adressez-vous à CIL@arpavie.fr ou par courrier à l'attention de Correspondant Informatique et Libertés au siège d'ARPAVIE : 8, rue Rouget de Lisle, 92130 Issy-les-Moulineaux.

GRILLE A.G.G.I.R (AUTONOMIE GERONTOLOGIQUE GROUPES ISO-RESSOURCES)

Nomenclature : **A** : Fait seul, totalement, habituellement, correctement, spontanément
B : Fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement
C : Ne fait pas

VARIABLES DISCRIMINANTES	A Totale	B Partielle ou avec solicitation	C Aucune. Ne fait pas
COHERENCE Converser et/ou se comporter de façon sensée			
ORIENTATION Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
TOILETTE DU HAUT DU CORPS Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains			
TOILETTE DU BAS DU CORPS Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds			
HABILLAGE (HAUT) Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras			
HABILLAGE (MOYEN) Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture, des bretelles, des bijoux			
HABILLAGE (BAS) Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures			
ALIMENTATION (SE SERVIR) Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre			
ALIMENTATION (MANGER) Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler			
ELIMINATION (URINAIRE) Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire			
ELIMINATION (ANALE) Assurer l'hygiène de l'élimination fécale			
TRANSFERT Se lever, se coucher, s'asseoir			
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...			
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR A partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport			
COMMUNIQUER POUR ALERTER Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...dans le but d'alerter			
VARIABLES ILLUSTRATIVES			
GESTION Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens, se servir de l'argent, faire des démarches			
CUISINE Préparer ses repas et les conditionner pour être servis			
MENAGE Effectuer l'ensemble des travaux ménagers			
TRANSPORTS Prendre et/ou commander un moyen de transport (au moins une fois par semaine)			
ACHATS Faire des acquisitions directes ou par correspondance			
SUIVI DE TRAITEMENT Se conformer à l'ordonnance de son médecin			
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE Avoir des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps...			

Si GIR connu, indiquer le niveau (1, 2, 3, 4, 5 ou 6) :

Cachet du Médecin traitant

Date :/...../.....

RECEPTION D'UN DOSSIER DE CANDIDATURE

I. DOCUMENT A RECEVOIR POUR L'ETUDE DE LA DEMANDE D'ADMISSION

Partie administrative

	Dossier de pré-inscription Arpavie
	Evaluation autonomie selon la grille AGGIR dûment complétée par le médecin traitant ou un autre médecin
	Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
	Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
	Photocopie du livret de famille
	Photocopie du jugement de mise sous protection juridique ou d'habilitation familiale (le cas échéant)

Justificatifs des ressources

	Photocopie du justificatif attestant du montant des ressources dont le montant des pensions de retraite
	Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition les revenus
	Photocopie du dernier avis de taxe foncière
	Photocopie de la dernière quittance de loyer (le cas échéant)
	Photocopie de la demande d'APL auprès de la CAF, attestation CAF (le cas échéant)
	Photocopies des 3 derniers relevés bancaires pour consultation des mouvements (Avis à tiers détenteur ATD, remboursement de dette ...)

Caution solidaire

	Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
	Une pièce justificative de domicile de moins de trois mois de la personne se portant caution
	Photocopie d'un ou plusieurs documents attestant des activités professionnelles de la personne se portant caution
	Photocopie d'un ou plusieurs documents attestant des ressources de la personne se portant caution

Divers

	Carnet de vaccination à jour de l'animal de compagnie + parrainage (le cas échéant)
	Certificat médical attestant l'absence de trouble incompatible avec une vie en collectivité en toute autonomie