

Maison de retraite
Établissement d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes

Pré-Inscription en hébergement

Nom

Prénom

Date de Naissance

Ce document est un dossier de pré-inscription, sans engagement.
Retrouvez sur le site loire-atlantique.fr ou auprès de votre Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) la liste des établissements personnes âgées du département.

Renseignements administratifs

IDENTITÉ DE LA PERSONNE À HÉBERGER

Nom
Nom de jeune fille
Prénoms
Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Lieu
Adresse
.....

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire
 Marié(e)
 Veuf(ve)
 Séparé(e)
 Concubin
 Divorcé(e)
Nombre d'enfants :

DATE ENVISAGÉE D'ADMISSION

Immédiate
 Dans l'année
 Au-delà d'un an

PROTECTION JURIDIQUE

Bénéficiez-vous d'une protection juridique ? Oui / Non
 Demande en cours
 Mesure déjà adoptée > Personne désignée
 Sauvegarde de justice / Tutelle / Curatelle

MÉDECIN TRAITANT

SÉCURITÉ SOCIALE (à compléter ou fournir copie de l'attestation assurance maladie)

Organisme d'affiliation à la sécurité sociale
Adresse
.....
Numéro d'immatriculation |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE – MUTUELLE (à compléter ou fournir copie de l'attestation)

Nom et adresse
Numéro adhérent/sociétaire

Personnes à prévenir

PERSONNE DEMANDANT L'INSCRIPTION

Nom
Prénoms
Lien de parenté
Adresse
.....
Tél. domicile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tél. travail |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tél. portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Courriel
.....

PERSONNE(S) À PRÉVENIR

1 / Nom Prénom
Lien de parenté
Adresse
.....
Tél. domicile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tél. travail |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tél. portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Courriel

2 / Nom Prénom
Lien de parenté
Adresse
.....
Tél. domicile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tél. travail |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tél. portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Courriel

■ Les ressources

(Uniquement à titre indicatif. Ces éléments vous seront demandés lors de votre admission)

VOUS

• Organismes de retraite (à compléter ou fournir copie des avis annuels)

| Nom et adresse de la caisse | N° adhérent | Montant mensuel | ou | Montant trimestriel |
|-----------------------------|-------------|-----------------|----|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Récapitulatif mensuel

• Autres ressources (loyers, viagers, etc)

.....
.....

VOTRE CONJOINT

• Organismes de retraite (à compléter ou fournir copie des avis annuels)

| Nom et adresse de la caisse | N° adhérent | Montant mensuel | ou | Montant trimestriel |
|-----------------------------|-------------|-----------------|----|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Récapitulatif mensuel

Date

Signature du demandeur :

■ Informations Complémentaires

L'Aide sociale peut vous permettre de bénéficier de la prise en charge de votre hébergement si vos ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais de séjour après mise en œuvre de l'obligation alimentaire auprès de vos enfants. Cette aide est récupérable sur succession. Pour connaître le coût et le détail exact des frais de votre séjour, nous vous invitons à vous rapprocher de l'établissement choisi.

AIDE SOCIALE

Une demande d'aide sociale est-elle à prévoir ?

Oui / Non

Pour toute information complémentaire concernant les aides éventuelles (Demande d'allocation logement, d'APA, d'Aide sociale), nous vous invitons à vous renseigner auprès de la Délégation de la solidarité de votre secteur :

ALLOCATION LOGEMENT (à compléter ou fournir copie de l'attestation)

La percevez-vous actuellement ?

Oui / Non

Si oui, quel est le numéro d'allocataire et le nom de l'organisme :

.....

APA : ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Bénéficiez-vous actuellement de cette aide ?

Oui / Non

Délégation de la solidarité de Blain à Châteaubriant

21 rue Gabriel Delatour
44110 Châteaubriant
Tél. : 02 28 04 04 80
Fax : 02 28 04 04 81

Délégation de la solidarité de l'Agglomération Nantaise

Immeuble Bizet, 3 rue Marguerite Thibert
44262 Nantes cedex 2
Tél. : 02 51 17 23 97
Fax : 02 51 17 20 79

Délégation de la solidarité du bassin de Saint-Nazaire

215 boulevard Laënnec, BP 30423
44616 cedex Saint-Nazaire
Tél. : 02 40 90 96 00
Fax : 02 40 90 96 31

Délégation de la solidarité du Vignoble Nantais

26 rue des Cordeliers
44190 Clisson
Tél. : 02 40 54 30 01
Fax : 02 40 54 30 12

Délégation de la Solidarité du Pays d'Ancenis

209 bd du Docteur Moutel
44150 Ancenis
Tél. : 02 40 83 05 17
Fax : 02 40 83 06 68

Délégation de la solidarité du Pays de Retz

2 rue du Traité de Rome
44210 Pornic
Tél. : 02 40 64 38 30
Fax : 02 40 64 38 11

■ Lors de votre admission dans l'établissement les documents suivants peuvent vous être demandés :

Cette liste vous est donnée à titre indicatif pour vous permettre dès aujourd'hui de rassembler les documents nécessaires.

- Copie du livret de famille
- Copie de l'attestation d'assurance maladie
- Carte vitale
- Copie de la carte de mutuelle complémentaire en cours de validité
- Avis annuels des caisses de retraite
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Copie de la notification d'une mesure de tutelle ou de curatelle
- Relevé d'identité bancaire (RIB)
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Contrat obsèques éventuel
- Attestation d'allocation logement
- Notification d'attribution de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie)

Dans le cas d'une demande d'aide sociale :

- Copie de la taxe foncière
- Relevé des capitaux placés

■ Liste des établissements pour lesquels vous avez déposé une demande d'inscription :

MAISON DE RETRAITE :

Date d'envoi du dossier d'inscription |__| |__| 20 |__| |
Date de renouvellement (plus de 6 Mois) |__| |__| 20 |__| |
Date de renouvellement (plus de 6 Mois) |__| |__| 20 |__| |
Date de renouvellement (plus de 6 Mois) |__| |__| 20 |__| |

MAISON DE RETRAITE :

Date d'envoi du dossier d'inscription |__| |__| 20 |__| |
Date de renouvellement (plus de 6 Mois) |__| |__| 20 |__| |
Date de renouvellement (plus de 6 Mois) |__| |__| 20 |__| |
Date de renouvellement (plus de 6 Mois) |__| |__| 20 |__| |

MAISON DE RETRAITE :

Date d'envoi du dossier d'inscription |__| |__| 20 |__| |
Date de renouvellement (plus de 6 Mois) |__| |__| 20 |__| |
Date de renouvellement (plus de 6 Mois) |__| |__| 20 |__| |
Date de renouvellement (plus de 6 Mois) |__| |__| 20 |__| |

MAISON DE RETRAITE :

Date d'envoi du dossier d'inscription |__| |__| 20 |__| |
Date de renouvellement (plus de 6 Mois) |__| |__| 20 |__| |
Date de renouvellement (plus de 6 Mois) |__| |__| 20 |__| |
Date de renouvellement (plus de 6 Mois) |__| |__| 20 |__| |

Votre dossier de pré-inscription est **valable pour une période de 6 mois**.
Pour prolonger la validité de cette pré-inscription, nous vous rappelons que vous devez adresser un courrier de demande de renouvellement accompagné d'une grille AGGIR réactualisée par votre médecin

À défaut d'envoi, votre inscription sera annulée et votre dossier détruit.

**N'oubliez pas de conserver une copie de ce document
avant de le remettre aux établissements**



Conseil général de Loire-Atlantique
Direction Générale de la Solidarité
Service personnes âgées
44262 Nantes cedex 2
Tél. 02 28 20 29 45 / 02 28 20 29 44
Site internet : loire-atlantique.fr

Dié en page et impression Conseil général de Loire-Atlantique
Photo : apri ti
septembre