

Dossier de demande d'admission Résidence Accueil

Etat Civil Du Demandeur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse actuelle :

.....

N° de téléphone :

Situation familiale :

Célibataire :

Veuf :

Séparé :

Divorcé :

PRESCRIPTEUR

Structure :

.....

Service :

.....

Interlocuteur (nom, fonction) :

.....

Tél :

Email :

.....



Situation par rapport au logement

Type de logement actuel :

Propriétaire

Locataire

Nom et adresse du propriétaire :

Hébergement :

Parents

Famille

Tiers

ALT

Sous-location

Hôtel

CHRS

Structures spécialisées

Hôpital

Maison d'arrêt

Autre

Préciser : -----

Accueil de nuit

SDF

Préciser : -----

Itinéraire résidentiel (adresses antérieures, durées correspondantes et statut)

FSL : Dossier instruit accès : oui non

Dossier recevable : oui non

Commission du :



Situation administrative et financière

Allocataire : CAF MSA Autre

N° allocataire : _____

Couverture sécurité sociale : CSS Mutuelle Autre _____ :

N° de sécurité sociale : _____

Ressources

Type : -----

Montant : -----

Epargne disponible : oui non

Dettes - Indus

* Indus auprès des organismes versant les prestations : oui non

Aide au logement

RSA

AAH

Autres

* Dossier de surendettement : oui non Stade :

.....

* Dettes :

Créancier	Montant



Liens familiaux et amicaux

Précisez les coordonnées d'un proche : -----

--

Possession d'un animal

Oui Si oui préciser : -----
Non

**Nous rappelons que tout animal domestique devra avoir un carnet de vaccination à jour
Dès l'entrée Résidence Accueil.**

Éléments relatifs à l'autonomie de la personne

Vie relationnelle :

- Sait se présenter : oui Non
- Entretient une conversation : oui Non
- Fait preuve de discrétion quant à sa vie privée : oui Non
- Utilise un téléphone portable : oui Non
- Saurait faire appel aux secours si besoin : oui Non
- Entretient des relations satisfaisantes avec les personnes côtoyées (famille et amis, voisins et interlocuteurs divers): oui Non
- Accepte l'intervention de services extérieurs : oui Non Non concerné(e)

Précisez ce qui est important à savoir :

Déplacements :



- Apprécie les sorties : oui Non
- Sait utiliser les transports en commun : oui Non
- Sait se repérer lors de déplacement à pied : oui Non
- Doit être accompagné pour certains déplacements : oui Non
- Craint de se retrouver dans la foule : oui Non
- Evite certains lieux : oui Non
- Adopte un comportement adéquat à l'extérieur : oui Non
- Se met en danger lors d'un déplacement : oui Non

Précisez ce qui est important à savoir :

Vie quotidienne :

- A vécu seul en logement : oui Non
- Capacité à entretenir son logement :
 - Fait spontanément
 - Doit être mobilisé
 - Doit être accompagné
- Sait établir une liste de courses : oui Non
- Sait prioriser ses achats en fonction d'un budget donné : oui Non
- Sait se préparer un repas : Oui Non
- Fait seul ses achats courants : Oui Non
- Connait et utilise une machine à laver et un sèche-linge : oui Non

Quelle intervention est souhaitable pour soutenir l'entretien du logement ?

- *Pour quelle(s) tâche(s) ?*

- *A quelle fréquence ?*

Santé :



- Se reconnaît comme une personne malade : oui Non
- Connait son traitement, la posologie et les effets secondaires : oui Non
- Gère seul son traitement médical : Oui Non
- Doit utiliser un pilulier : oui Non
- Sait prendre un rendez-vous médical : oui Non
- Doit être accompagné lors des rendez-vous médicaux : Oui Non
- Sait exprimer sa douleur ou un problème de santé : oui Non
- Sait interpeller son entourage quand il/elle ne va pas bien : oui Non
- Souffre d'une addiction : oui Non , précisez :

Si oui :	reconnue	<input type="checkbox"/>
	gérée	<input type="checkbox"/>
	antérieure	<input type="checkbox"/>

- Traitement actuel :

Suivi médico-social

- La personne a un médecin traitant : oui Non Coordonnées : -----

- La personne bénéficie d'un suivi par le CMP de secteur : oui Non
Depuis combien de temps est-elle suivie ? -----
 - Coordonnées du CMP: -----

 - Nom du psychiatre : -----
 - Nom de l'infirmier référent : -----
 - Type de prise en charge actuelle (précisez chaque fois la fréquence actuelle):
Consultation infirmière -----
Consultation avec le médecin psychiatre -----
V.A.D -----
- CATTP -----
 - Hôpital de jour -----
 - Autres -----



- Demande de prise en charge SAMSAH : Accordée Dossier en cours d'étude
- Autre(s) suivi(s) et /ou intervenant(s)
 - Mandataire judiciaire (coordonnées et type de mesure) : -----

 - SAMSAH/SAVS/SAMO (coordonnées du référent et service compétent) : -----

 - Service d'aide et de maintien à domicile (précisez le nom de(s) personne(s) intervenant habituellement) : -----

 - CSAPA : -----

 - Groupe d'Entraide Mutuelle : -----

 - Association de soutien aux malades : -----

 - Autre : -----

**Histoire de Vie et motif de demande d'entrée en
Pension de famille/Résidence Accueil**

☞ Joindre une note sociale détaillant le parcours de la personne sous différents aspects (vie scolaire et professionnelle ; vie familiale ; parcours résidentiel ; histoire des troubles ou de la maladie et autres difficultés surmontées ; ...) pour motiver la demande d'entrée.



☞ Joindre toutes les pièces justificatives relatives aux renseignements administratifs demandés (Carte d'identité, ressources, avis d'imposition, dettes...)

Tout dossier incomplet ne sera pas instruit.

A _____, le _____

Nom du demandeur :

Signature :

Nom de l'instructeur :

Signature :

A
Le



Je soussigné, Docteur, atteste que Monsieur, Madame,
..... n'a pas fait preuve d'agressivité durant
son hospitalisation en service spécialisé ou par le passé (profil de violence) et qu'il est apte à la vie en
semi-collectivité dans une structure non surveillée la nuit et le week-end.

Pour faire valoir ce que de droit.

Signature et cachet obligatoire du médecin psychiatre