

## DEMANDE DE LOGEMENT

### RESIDENCE SCHWEITZER

#### Questionnaire administratif

#### Établissement

Résidence SCHWEITZER  
1, rue du Docteur Albert SCHWEITZER  
37 000 TOURS

Madame Karine SABATUT  
Tél : 02 47 46 19 35

Habilitation APL

Type d'appartement souhaité : F I Bis ☐ F II ☐

Avez-vous déjà visité l'Établissement ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, merci de bien vouloir préciser la date de la visite : .....

Par quel moyen avez-vous connu la structure (annuaire, brochure, presse etc...).....  
.....

#### Présentation de la Résidence

Lieu de vie proche des commerces et des transports en commun, la Résidence SCHWEITZER, gérée par le CCAS de la ville de TOURS, est un concept d'habitat moderne et solidaire.

Cet établissement est destiné à accueillir 22 personnes âgées autonomes de 60 ans et plus, 5 personnes handicapées vieillissantes dès l'âge de 50 ans et 3 étudiants volontaires, impliqués dans la vie de la résidence.

Les appartements individuels destinés aux résidents (du F I bis au F2) disposent tous d'une salle de douche et d'une cuisine, accessibles aux personnes à mobilité réduite. Loués vides, ils sont aménagés et décorés par les locataires, lesquels personnalisent leur espace privé.

La Résidence SCHWEITZER propose de nombreux services et équipements favorisant le bien-être, le confort, la sécurité, le maintien de l'autonomie, l'entretien du lien social et la lutte contre l'isolement :

⇒ La domotique, installée dans les logements, apporte des solutions techniques favorisant le confort des résidents (optimisation de l'éclairage, de la sécurité, de la communication...).

⇒ L'accès à la Résidence est contrôlé par un système d'interphone avec digicode qui garantit la tranquillité des résidents.

⇒ Dans les espaces collectifs (la salle d'animation ouverte sur le quartier, l'atelier culinaire nommé « comme à la maison » et le jardin), des animations variées rythment la semaine. Aussi, les résidents peuvent s'y retrouver pour partager des moments conviviaux.

⇒ Également, chaque résident est doté d'un médaillon « appel malade » portatif lui permettant de joindre en cas d'urgence, à tout moment du jour et de la nuit, ses voisins de palier.

Enfin, les résidents vivant à la Résidence SCHWEITZER sont parfaitement libres de faire appel aux professionnels de santé libéraux et aux services de maintien à domicile de leur choix.

## Renseignements concernant votre Etat Civil

NOM : ..... Épouse : .....  
Prénoms : .....

Né(e) le : ..... À : .....  
Nationalité : .....

Adresse actuelle : .....  
.....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....

Dernière profession exercée : .....

Êtes-vous : ☐ locataire (une entrée en Résidence réduit la durée de votre préavis à 1 mois)  
☐ propriétaire

Bénéficiez-vous d'une allocation logement : OUI ☐ NON ☐  
Si OUI : CAF ☐ ou MSA ☐ n° allocataire.....

Avez-vous déjà vécu en Établissement d'Hébergement ? Si oui, lequel ?.....

Situation de famille : célibataire O marié(e) O veuf(ve) O divorcé(e) O

Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? .....

### Coordonnées de la personne de confiance

#### Information sur la Personne de confiance

#### Textes de références

Article L1111-6 du Code de la santé publique

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 journal Officiel du 5 mars 2002

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 10 II Journal officiel du 23 avril 2005)

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. »

Les références de la personne de confiance que vous aurez choisie seront consignées dans votre dossier ; à votre demande, elles pourront être communiquées à votre médecin traitant, en cas d'hospitalisation aux médecins du service dans lequel vous séjournerez et aux services concernés en cas de décès.

*Il vous appartient d'informer la personne que vous aurez désignée afin d'obtenir son accord.*

*Bien évidemment, le personnel de l'Établissement ne peut pas être choisi.*

*Cette nomination est facultative ; aussi, elle est révocable à tout moment.*

*Votre présent choix vous sera rappelé lors de votre éventuelle entrée dans l'établissement.*

NOM : ..... Prénoms : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....  
Préciser le lien (enfant, frère, sœur, nièce, ami...) : .....

### **Coordonnées des proches**

NOM : ..... Prénoms : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....  
Préciser le lien (enfant, frère, sœur, nièce, ami...) : .....

NOM : ..... Prénoms : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....  
Préciser le lien (enfant, frère, sœur, nièce, ami...) : .....

NOM : ..... Prénoms : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....  
Préciser le lien (enfant, frère, sœur, nièce, ami...) : .....

### **Coordonnées de votre tuteur ou de votre curateur (le cas échéant)**

NOM : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....

### **Coordonnées de votre notaire (le cas échéant)**

NOM : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....

### **Contrat « prévoyance obsèques »**

- ☐ Merci de bien vouloir joindre la copie de votre contrat « prévoyance obsèques » au dossier
- ☐ Si vous n'avez pas de contrat obsèques, la personne de confiance que vous avez choisie est-elle renseignée quant à vos dernières volontés ?

**Assurance habitation**

- NOM.....  
-  
Adresse.....  
- Code postal.....  
Ville.....  
-  
Téléphone.....

**Renseignements concernant votre régime de protection sociale****Caisse d'assurance maladie** (régime obligatoire)

Nom de la Caisse .....  
Adresse.....  
Code postal.....  
Ville.....  
Numéro d'immatriculation.....

**Mutuelle** (régime complémentaire)

Nom de l'organisme.....  
Adresse.....  
Code postal.....  
Ville.....  
Numéro d'adhérent.....

**Nom du médecin traitant :**.....  
Adresse.....  
Code postal.....  
Ville.....  
Téléphone.....

**Caisses de retraite**

Nom.....  
Adresse.....  
Code postal.....  
Ville.....  
Téléphone.....

Nom.....  
Adresse.....  
Code postal.....  
Ville.....  
Téléphone.....

Nom.....  
Adresse.....  
Code postal.....  
Ville.....  
Téléphone.....

**Renseignements concernant les intervenants extérieurs**

(service d'aide à domicile, cabinet d'infirmiers...)

. Soins infirmiers : OUI ☐ NON ☐

- NOM.....
- Adresse.....
- Code postal..... Ville.....
- Téléphone.....

. Aide ménagère : OUI ☐ NON ☐

- NOM.....
- Adresse.....
- Code postal..... Ville.....
- Téléphone.....

. Bénéficiez-vous de l'**APA** (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, quel est le GIR (Groupe Iso-Ressources de 1 à 4) indiqué dans votre « plan d'aide » :.....

- Bénéficiez-vous de la **PCH** (Prestation de Compensation du Handicap) ? OUI ☐ NON ☐

. Portage de repas à domicile : OUI ☐ NON ☐

Si OUI, nom de l'organisme ou du prestataire de service.....

. Autres

- NOM.....
- Adresse.....
- Code postal..... Ville.....
- 

Téléphone.....

**Renseignements financiers**

Vos ressources (1) :

Montant mensuel :.....

- |   |                          |                      |
|---|--------------------------|----------------------|
| ✓ Pension d'invalidité                  | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Pension de guerre                     | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Allocation d'adulte handicapé         | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Retraite principale                   | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Retraites complémentaires             | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Rentes (accident de travail ou autre) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

- |  |                          |                      |
|--|--------------------------|----------------------|
| ✓ Loyers perçus                              | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Viager                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Pension alimentaire perçue                 | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Autres ressources (à préciser)             | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ ALS ou APL                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Allocations de solidarité vieillesse (ASV) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Vos charges (1) :

Montant mensuel :.....

- |   |                          |                      |
|---|--------------------------|----------------------|
| ✓ Impôts fonciers (montant annuel)      | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Impôts locaux (montant annuel)        | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Impôts sur le revenu (montant annuel) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Loyer payé                            | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Remboursement de prêt                 | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Pension alimentaire versée            | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ✓ Autres charges (à préciser)           | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Date d'entrée souhaitée (sous réserve d'une place disponible) : .....

Dans le cas d'une réorientation vers une structure d'hébergement, médicalisée ou non, dans quel établissement souhaiteriez-vous être accueilli(e) ? .....

Je soussigné(e), M ....., m'engage à prévenir la Direction des Retraités et Personnes Agées du CCAS de la Ville de TOURS, si je devais abandonner ma demande.

Fait à.....

Certifié exact

Date : .....

Signature :

(Vos attentes, vos besoins, votre vie au sein de l'Établissement ...)

(Vos attentes, vos besoins, votre vie au sein de l'Établissement ...)

- Vos motivations pour entrer en Résidence Autonomie :**

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

Signature :

**DIRECTION DES RETRAITES ET PERSONNES AGEES**

2, allée des Aulnes  
37000 TOURS

☎ 02 47 37 03 22

**Pièces à produire en annexe à la demande de logement en Résidence Autonomie**

- Une photo d'identité
- Copie de l'intégralité du ou des livrets de famille (en cas de remariage) ou photocopie de la pièce d'identité pour les célibataires
- Photocopie de l'attestation d'Assuré Social (et non de la carte Vitale)
- Photocopie de la carte de mutuelle « complémentaire santé »
- Photocopie du dernier avis d'imposition sur les revenus
- Photocopie, le cas échéant, du jugement de protection juridique (tutelle ou curatelle)
- Photocopie de la notification, soit de votre caisse de retraite relative au financement d'une aide à domicile, soit du Conseil Départemental concernant l'octroi d'une APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
- Photocopie des notifications de la Caisse d'Allocations Familiales (APL, ALS)
- Photocopie des notifications annuelles des caisses de retraite
- Un relevé d'identité bancaire
- Photocopie de l'attestation d'assurance
- LE CERTIFICAT MÉDICAL COMPLÉTÉ DE LA GRILLE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE (AGGIR) RENSEIGNÉS ET SIGNÉS PAR UN MEDECIN
- Photocopie de votre contrat « prévoyance obsèques » ou de votre carte de don du corps, le cas échéant
- Le dossier « tarifs différenciés » dûment rempli