DEMANDE DE LOGEMENT

RESIDENCES AUTONOMIE

Questionnaire administratif

Etablissement(s) souhaité(s) (1)

Résidence ARCHE DES NOYERS
10, rue du Luxembourg
37 100 TOURS
Madame MONMOUSSEAU

Habilitation APL

Tél. 02 47 41 64 80 ☐

Résidence GUTENBERG
1, rue du Général Witkowski
37 000 TOURS
Madame LE BUNETEL

Habilitation APL

Tél. 02 47 37 03 22 ☐

Résidence ALBATROS
1, rue de Saussure
37 200 TOURS
Madame MONMOUSSEAU

Tél. 02 47 28 62 32 ☐

Résidence PASTEUR
53, rue du Sanitas
37 000 TOURS
Madame FAUCARD
Habilitation APL

Tél. 02 47 66 67 04 ☐

Résidence SAINT PAUL
9, avenue St Lazare
37 000 TOURS
Madame FAUCARD

Tél. 02 47 05 56 12 ☐

(1) Cocher la ou les cases correspondantes

Type d'appartement souhaité : F I ❑ F I Bis ❑ F II ❑ F III ❑

Avez-vous déjà visité le ou les Établissements souhaités ? OUI ❑ NON ❑
Si oui, merci de bien vouloir préciser la date de la visite (ou des visites) : …….....

Par quel moyen avez-vous connu la ou les structures (annuaire, brochure, presse etc...)…….....
……....

Présentation des Résidences

Lieux de vie proches des commerces et des transports en commun, les Résidences Autonomie, gérées par le CCAS de la ville de TOURS, sont destinées à accueillir un public de personnes âgées d'au moins 60 ans, autonomes ou en perte légère d'autonomie.

Les cinq sites, dont l'unité forme un EHPA (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées), se répartissent du nord au sud de la Loire et du Cher, fournissant ainsi une offre diversifiée sur l'ensemble du territoire, somme toute assez vaste.

Les appartements individuels (du F I au F III) disposent tous d'une salle de douche et d'une cuisine. Loués vides, ils sont aménagés et décorés par les résidents, lesquels personnalisent leur espace privé.

Les Résidences Autonomie proposent de nombreux services favorisant le bien-être, le confort, la sécurité, le maintien de l'autonomie, l'entretien du lien social et la lutte contre l'isolement.
Chaque résident est pourvu d'un médaillon « appel malade » portatif lui permettant de joindre, à tout moment du jour et de la nuit, le personnel en poste sur le site.

L'accès aux Résidences Autonomie est contrôlé par un système d'interphone avec digicode qui garantit la tranquillité des résidents.

Toutes les Résidences Autonomie possèdent plusieurs espaces collectifs, dont un restaurant ouvert 7 jours sur 7, les midis et les soirs et un ou plusieurs salons où des animations variées rythment la semaine. Sans obligation aucune, les résidents peuvent s'y retrouver pour partager des moments conviviaux.

Enfin, les résidents vivant en EHPA 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 vos 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 à ce titre 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 » :.....

. 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 ☐

✓ Pension de guerre ☐

✓ Allocation d'adulte handicapé ☐

✓ Retraite principale ☐

✓ Retraites complémentaires ☐

✓ Rentes (accident de travail ou autre) ☐

✓ Loyers perçus ☐

✓ Viager ☐

✓ Pension alimentaire perçue ☐

✓ Autres ressources (à préciser) ☐

✓ ALS ou APL ☐

✓ Allocations de solidarité vieillesse (ASV) ☐

Vos charges (1) : Montant mensuel :…….

✓ Impôts fonciers (montant annuel) ☐

✓ Impôts locaux (montant annuel) ☐

✓ Impôts sur le revenu (montant annuel) ☐

✓ Loyer payé ☐

✓ Remboursement de prêt ☐

✓ Pension alimentaire versée ☐

✓ Autres charges (à préciser) ☐

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

Dans le cas d'une réorientation vers une structure d'hébergement médicalisée, 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 :

Votre projet de vie en Résidence Autonomie
(Vos attentes, vos besoins, votre vie au sein de l'Établissement …)

Le lien social : …….....
La sécurité : …….....
Les repas : …….....
Les animations : …….....
L'accompagnement : …….....

Vos motivations pour entrer en Résidence Autonomie :
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....
…….....

Fait à……..
Date :…….
Signature :

DIRECTION DES RETRAITES ET PERSONNES AGEES
2, allée des Aulnes
37000 TOURS

Tél. 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