

DIRECTION DES PERSONNES AGEES

2, allée des Aulnes

CS 81237

37012 Tours Cédex 1

## DEMANDE DE LOGEMENT EN RESIDENCE AUTONOMIE

NOM : .....

Prénoms : .....

Date de dépôt à la Direction des Personnes âgées du CCAS : ...../...../.....

Cocher le ou les établissement(s) souhaité(s)

Résidence **ALBATROS**  
1, rue de Saussure  
37200 TOURS  
Responsable :  
Madame MONMOUSSEAU  
Possibilité d'ALS  
Tél. : 02 47 28 62 32

Résidence **ARCHE DES NOYERS**  
10, rue du Luxembourg  
37100 TOURS  
Responsable :  
Madame MONMOUSSEAU  
Habilitation APL  
Tél. : 02 47 41 64 80

Résidence **GUTENBERG**  
1, rue du Général Witkowski  
37000 TOURS  
Responsable :  
Madame LE BUNETEL  
Habilitation APL  
Tél. : 02 47 37 03 22

Résidence **PASTEUR**  
53, rue du Sanitas  
37000 TOURS  
Responsable :  
Madame FAUCARD  
Habilitation APL  
Tél. : 02 47 66 67 04

Résidence **SAINT-PAUL**  
9, avenue St Lazare  
37000 TOURS  
Responsable :  
Madame FAUCARD  
Possibilité d'ALS  
Tél. : 02 47 05 56 12

Résidence **SCHWEITZER**  
1, rue du Dr Schweitzer  
37000 TOURS  
Responsable :  
Madame SABATUT  
Habilitation APL  
Tél. : 02 47 46 19 35

Type d'appartement souhaité : F I  uniquement à Pasteur, Arche des Noyers et aux Albatros  
F I Bis  F II  F III  uniquement à St Paul

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) : .....

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

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

.....

## Informations importantes relatives aux résidences

Lieux de vie proches des commerces et des transports en commun, les 6 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 légère perte d'autonomie.

Elles se répartissent du nord au sud de la Loire et du Cher, fournissant ainsi une offre diversifiée sur l'ensemble du territoire de la ville.

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

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

Toutes les résidences proposent divers services et de nombreuses animations 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 appareil de télé-alarme portatif lui permettant de joindre en cas d'urgence, à tout moment du jour et de la nuit, le personnel en poste sur le site. Celui-ci est chargé de joindre les secours, en cas de besoin.

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.

En outre, tous les résidents sont parfaitement libres de faire appel aux professionnels de santé libéraux et aux services de maintien à domicile de leur choix, **les résidences ne disposant d'aucun personnel médical.**

Enfin, il est signalé que les animaux de compagnie sont acceptés à condition d'être vaccinés et de ne pas perturber le voisinage.

### *SPECIFICITES DE LA RESIDENCE SCHWEITZER*

**Cette résidence s'adresse à des personnes très autonomes souhaitant vivre dans une démarche de solidarité et d'entraide de type « béguinage ». Ainsi, elle ne dispose pas de service de restauration et le système de téléalarme fonctionne entre voisins.**

**Ouverte à la diversité des publics, elle comprend 5 logements destinés à des personnes handicapées vieillissantes et accueille 3 étudiants qui contribuent à animer la vie de la résidence.**

**Enfin, elle abrite une salle d'activités de quartier afin de favoriser l'ouverture sur la ville.**

**Pour plus de renseignements, joindre la Responsable**

## Renseignements concernant votre Etat Civil

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Nationalité : .....

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

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

Dernière profession exercée : .....

Adresse actuelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Adresse email : .....@.....

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

## 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 révoquée à tout moment.  
Votre présent choix vous sera rappelé lors de votre éventuelle entrée dans l'établissement.

**NOM de la personne de confiance :** ..... **Prénoms :** .....  
**Préciser le lien (enfant, frère, sœur, nièce, ami...) :** .....  
**Adresse :** .....  
**Code postal :** ..... **Ville :** .....  
**Téléphone :** .....  
**Adresse email :** .....@.....

**Coordonnées des proches** (enfant, frère, sœur, nièce, ami...)

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

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

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

**Coordonnées de votre tuteur ou de votre curateur, en cas de protection juridique**

NOM : ..... Prénoms : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....  
Adresse email : .....@.....

**Renseignements concernant votre régime de protection sociale**

**Caisse d'assurance maladie (régime obligatoire)**

Numéro de Sécurité sociale :  
.....

Nom de la Caisse : .....  
Adresse .....C  
ode postal ..... Ville.....

**Mutuelle (régime complémentaire)**

Numéro d'adhérent : .....

Nom de l'organisme : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

**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 (médecin, services d'aide à domicile, cabinet d'infirmiers, ...)**

- **Nom du médecin traitant :** .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

- **Soins infirmiers :** OUI  NON

NOM : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

- **Soins par kiné :** OUI  NON

NOM : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

- **Aide-ménagère :** OUI  NON

NOM : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

- **Avez-vous à ce titre de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)?** OUI  NON

- **Avez-vous un portage de repas à domicile :** OUI  NON

## Renseignements financiers

A remplir en cochant selon votre situation

<i>Cocher</i>	<i>Vos ressources :</i>	<i>Montant mensuel :</i>
	<i>Pension d'invalidité</i>	
	<i>Pension de guerre</i>	
	<i>Allocation d'adulte handicapé</i>	
	<i>Retraite principale</i>	
	<i>Retraites complémentaires</i>	
	<i>Minimum vieillesse (ASPA ou ASV)</i>	
	<i>Rentes (accident de travail ou autre)</i>	
	<i>Loyers perçus</i>	
	<i>Viager perçu</i>	
	<i>Pension alimentaire perçue</i>	
	<i>Autres ressources (à préciser)</i> .....	
	<i>ALS ou APL</i>	
	<i>Total mensuel :</i>	€

<i>Cocher</i>	<i>Vos charges mensuelles :</i>	<i>Montant mensuel :</i>
	<i>Loyer payé</i>	
	<i>Remboursement de prêt</i>	
	<i>Pension alimentaire versée</i>	
	<i>Remboursement de plan de surendettement</i>	
	<i>Total mensuel :</i>	€

<i>Cocher</i>	<i>Vos charges annuelles :</i>	<i>Montant annuel :</i>
	<i>Taxe foncière</i>	
	<i>Taxe d'habitation</i>	
	<i>Impôts sur le revenu</i>	
	<i>Total annuel :</i>	€

*Autres précisions :*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Présentation des motifs de votre demande :**

*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 :*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Je suis informé(e) que ma candidature ne pourra être complètement étudiée que si je fournis parallèlement les documents médicaux dûment remplis, et après avoir visité la résidence susceptible de m'accueillir et rencontré la Responsable.*

*En cas d'admission, des pièces complémentaires nécessaires à mon accueil me seront demandées.*

*Conformément aux dispositions du Règlement général sur la protection des données (RGPD 2016/679) et à la réglementation nationale associée, je suis informé(e) que je pourrai obtenir l'accès à mes données personnelles, la rectification ou la suppression de celles-ci en m'adressant au Délégué à la protection des données par mail à [rgpd@ccas.fr](mailto:rgpd@ccas.fr) ou par courrier à M. le Délégué à la protection des données : CCAS de Tours 2, Allée des Aulnes - C.S 81237 - 37000 TOURS Cedex 1.*

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

*Fait à.....Le .....  
Certifié exact*

*Signature :*

DIRECTION DES PERSONNES AGEES

2, allée des Aulnes

CS 81237

37000 TOURS

Tél. 02 18 96 12 11

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

- *Le certificat médical complété de la grille d'évaluation de l'autonomie (AGGIR) renseignés et signés par un médecin*
- *Copie de l'intégralité du ou des livrets de famille (en cas de remariage) ou photocopie de la carte nationale 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 de la notification de l'ASV ou ASPA (minimum vieillesse) si vous en êtes bénéficiaire*
- *Photocopie, le cas échéant, du jugement de protection juridique (tutelle ou curatelle)*



DIRECTION DES PERSONNES AGEES

2, allée des Aulnes

C.S. 81237

37000 TOURS

Tél. 02 18 96 12 11

**Documents complémentaires à fournir à l'entrée**

- Deux photos d'identité
- Un relevé d'identité bancaire, en cas de prélèvement automatique de vos loyers
- La photocopie de l'attestation d'assurance habitation (elle sera à fournir chaque année)
- Le dossier «tarifs différenciés », afin de bénéficier de tarifs calculés en fonction de vos revenus, dûment rempli
- Le formulaire d'autorisation à vous photographier ou non



**DIRECTION DES PERSONNES AGEES**

2, allée des Aulnes

C.S. 81237

37000 TOURS

Tél. 02 47 37 03 22

**Informations complémentaires à donner à l'entrée**

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

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

**- Informations sur un éventuel Contrat « prévoyance obsèques »**

**Avez-vous un Contrat « prévoyance obsèques » ? OUI  NON**

*Si oui  , merci de bien vouloir joindre la copie de votre contrat « prévoyance obsèques » au dossier*

*Si non  , la personne de confiance que vous avez choisie est-elle renseignée quant à vos dernières volontés ?*

.....  
.....  
.....  
.....