

NATURE DE LA DEMANDE

Date de la demande

Hébergement permanent dans la Résidence Autonomie : Porphyre Port Marchand Ressence

Entrée souhaitée : Immédiatement Dans les 6 mois Dans plus de 6 mois

Hébergement provisoire dans la résidence Autonomie de La Ressence

Entrée souhaitée : Immédiatement **OU** Date

Durée souhaitée (minimum 7 jours, maximum 3 mois)

ÉTAT CIVIL ET SITUATION FAMILIALE DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Mme M. Nom d'usage Nom de naissance

Prénom(s)

Né(e) le à

N° de Sécurité Sociale clé comprise (*facultatif*)

Tél fixe Portable

E-mail

Situation familiale Célibataire Marié(e)/ concubinage / pacsé(e) Divorcé(e)/séparé(e) Veuf(ve)

S'il y a lieu, nombre d'enfant(s)

Observations

LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE A LA DATE DE LA DEMANDE

Domicile Chez enfant/proche* Autre*(foyer travailleurs, CHRS...) Hôpital/Clinique*

Adresse actuelle

Mode de vie Vit seul(e) En couple avec autre personne

* Si vous ne vivez pas à votre domicile, pour quel(s) motif(s) ?

RESSOURCES ET AIDES DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Montant des ressources annuelles

Vos caisses de retraite

Autres sources de revenu

Aide sociale à l'hébergement Oui Non Demande en cours, date du dépôt

Allocation logement (APL / ALS) Oui Non Demande en cours, date du dépôt

Allocation Personnalisée à l'Autonomie APA Oui Non Demande en cours, date du dépôt

Observations

PROFESSIONNELS ACCOMPAGNANTS LA PERSONNE CONCERNÉE

Médecin traitant Tél

E-mail Se déplace à domicile ? Oui Non

Autre médecin Tél

E-mail Spécialité

Autre médecin Tél

E-mail Spécialité

Infirmier /SSIAD Tél

Cabinet ou organisme

Kiné Tél

Aide à domicile Tél

Organisme

Autre Tél

Travailleur social Tél

Protection juridique Oui Non En cours, date de la demande

Si oui : Tutelle Curatelle Autre

Mandataire Tél

E-mail

Contrat obsèques Non Oui : nom et contact

COORDONNÉES DES PERSONNES PROCHES

Mme M Nom, prénom

Tél E-mail

Qualité /Lien avec la personne

Aide dans les démarches administratives ? Oui Non

Personne de confiance * Oui Non A prévenir en cas d'urgence ? Oui Non

Mme M Nom, prénom

Tél E-mail

Qualité /Lien avec la personne

Aide dans les démarches administratives ? Oui Non

Personne de confiance * Oui Non

A prévenir en cas d'urgence ? Oui Non

**la personne de confiance est une personne désignée par l'intéressé(e) qui pourra l'accompagner et l'assister dans ses démarches concernant sa santé ou témoigner de sa volonté auprès de l'équipe médicale dans l'hypothèse où elle serait hors d'état de s'exprimer. Un formulaire est disponible en ligne ou peut être fourni par l'établissement.*

MOTIFS DE LA DEMANDE D'ADMISSION

Expliquer pourquoi vous demandez une admission en résidence autonomie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SI LA DEMANDE EST FAITE PAR UN TIERS, IDENTITÉ DE LA PERSONNE RÉALISANT LA DEMANDE

Mme M. Nom Prénom

Qualité

S'il y a lieu, organisme à

Adresse

Téléphone E-mail

INSTRUCTION DE VOTRE DEMANDE D'ADMISSION

Votre demande d'admission en résidence autonomie sera enregistrée suite à **2 étapes** :

- Vous renseignez et adressez à la Résidence de votre choix le dossier ci-joint complété par les pièces à fournir,
- Vous rencontrez le responsable de l'établissement ou son adjoint qui vous expliquera le fonctionnement de la Résidence et vous fera visiter un logement.

Le dépôt de votre dossier ne vaut en aucun cas admission.

Dans le mois qui suit l'enregistrement de votre demande, vous serez informé(e) de la décision :

- Si l'avis de la Commission d'admission est favorable et qu'un logement est libre, vous êtes contacté rapidement pour finaliser votre dossier et programmer votre arrivée,
- Si l'avis de la Commission d'admission est favorable et qu'il n'y a pas de logement libre, vous êtes inscrit(e) sur liste d'attente pendant 2 ans. Passé ce délai, il faudra nous recontacter pour confirmer que vous souhaitez toujours habiter la Résidence,
- Si l'avis est défavorable, vous recevez un courrier qui explique le refus de votre demande.

Je soussigné(e)
déclare avoir pris connaissance des modalités d'admission en Résidence Autonomie et autorise les membres de l'équipe de la Résidence choisie à :

- Partager des informations me concernant entre eux ou avec des partenaires soumis au secret professionnel pour m'apporter des réponses adaptées à ma situation dans la limite des solutions existantes.
- Collecter des données me concernant et procéder à un traitement automatisé dans les conditions fixées par la loi. Les données seront conservées par l'établissement et utilisées uniquement dans le cadre du présent traitement : 1 an en cas d'avis défavorable, 2 ans si sur liste d'attente et 20 ans si admission.

Conformément à la loi, vous pouvez demander communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant au responsable de la Résidence ou par voie postale au CCAS de Toulon- M. le Délégué à la Protection des Données- 100 rue des remparts, CS 20813-83051 Toulon Cedex ou par e-mail : donnees_personnelles@ccas-toulon.fr

Fait à Le

Signature de la personne concernée ou son représentant légal

Votre dossier est à déposer en main propre, par courrier ou par courriel auprès de la Résidence Autonomie de votre choix :

- ⇒ **Toulon Ouest : Résidence Le Porphyre**
Boulevard Pellicot 83200 Toulon - 04 94 92 05 92
porphyre@ccas-toulon.fr
- ⇒ **Toulon Centre : Résidence Le Port Marchand**
Place du Comandant Laurenti 83000 Toulon – 04 94 03 37 00
portmarchand@ccas-toulon.fr
- ⇒ **Toulon Est : Résidence La Ressence**
310 chemin de la Ressence 83100 Toulon – 04 94 27 52 02
ressence@ccas-toulon.fr

Cadre réservé à l'administration

Date de visite de la Résidence
Visite effectuée en présence de
Date de réception du dossier