

DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION

RÉSIDENCE AUTONOMIE « LES VIOLETTES »

IDENTITÉ

Le demandeur

Monsieur Madame

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____ Nationalité : Française Union européenne Hors union européenne

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Concubin(e)
Veuf(ve)

Mesure de protection juridique : Oui non en cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Handicap moteur : oui non

Aide à la mobilité : précisez quel type d'équipement (fauteuil, canne(s), déambulateur,...)

Le conjoint

Monsieur Madame

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____ Nationalité : Française Union européenne Hors union européenne

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé(e) Concubin(e)
Veuf(ve)

Mesure de protection juridique : Oui non en cours
Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice
Handicap moteur : oui non
Aide à la mobilité : précisez quel type d'équipement (fauteuil, canne(s), déambulateur,...)

ADRESSE

N° : _____ Voie : _____ Lieu dit : _____
Complément d'adresse : _____
Code postale : _____ Ville : _____
Téléphone fixe : __ - __ - __ - __ - __ Téléphone portable : __ - __ - __ - __ - __
Adresse email : _____

ÉTAT CIVIL DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Monsieur Madame
Nom et Prénom : _____
Organisme : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune/Ville : _____
Téléphone fixe : __ - __ - __ - __ - __ Téléphone portable : __ - __ - __ - __ - __
Adresse email : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

Le demandeur

Profession : _____
CDI CDD Artisan, commerçant, profession libérale Chômage
Retraité Invalidité Autre

Le conjoint

Profession : _____

CDI CDD Artisan, commerçant, profession libérale Chômage

Retraité Invalidité Autre

CONTEXTE ET MOTIF DE LA DEMANDE (évènement familial récent, décès du conjoint, accident...)

TYPE DE LOGEMENT SOUHAITÉ

F2 F3
Garage Sans garage

PERSONNE DE CONFIANCE

Monsieur Madame

Nom et Prénom : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune/Ville : _____

Téléphone fixe : __ - __ - __ - __ - __ Téléphone portable : __ - __ - __ - __ - __

Adresse email : _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

CONCERNANT LA DEMANDE

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI NON

Date de la demande : __ / __ / ____

Signature de la personne concernée et de son conjoint le cas échéant

Et de son représentant légal si mesure de protection juridique

CE DOSSIER DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉ DE LA PHOTOCOPIE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- Copie de la carte nationale d'identité,
- Copie du livret de famille pour les couples mariés,
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
- Justificatifs des ressources mensuelles.

AU MOMENT DE L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT, DES PIÈCES COMPLÉMENTAIRES VOUS SERONT DEMANDÉES.

POUR INFORMATION OU RAPPEL

SELON LES CONDITIONS IMPOSÉES PAR LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA MANCHE, LES PERSONNES BÉNÉFICIAIRES DE L'**APA** ET QUI DÉPENDENT DU **GIR 1, 2 OU 3** NE PEUVENT PRÉTENDRE A L'ENTRÉE AU SEIN DE LA RÉSIDENCE.

RÉSERVÉ AU GESTIONNAIRE
