



Résidence

Porte de
France

Le bien-être sur un plateau

DOSSIER ADMINISTRATIF EN VUE D'UNE ADMISSION

FUTUR(E) RESIDENT(E)

NOM :

PRENOM :

V.P.A. prévue :

Date :

Heure :

Information par téléphone le :

ADMISSION le :

N° de chambre :

FICHE ADMINISTRATIVE

ETAT CIVIL

Nom : Nom de jeune fille :

Prénoms : Nationalité :

Date de naissance :Lieu :

Fils (Ile) de :
et de :

Dernière adresse connue dans les 3 mois précédant l'admission :

Inscription sur liste électorale : Oui Non Lieu :

Lieu de vote souhaité : Rocroi Commune précédente à l'admission

- *L'établissement ne pourra accompagner les résidents que sur la commune de Rocroi.*

Situation de famille :

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Vie maritale ⁽¹⁾

- Veuf (ve) de : depuis le

Ancien combattant ou veuve d'ancien combattant : Oui Non

Nombre d'enfants :

Profession exercée avant la retraite :

(1) Entourez la bonne réponse

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Admission le : Origine :

Provenance :

Domicile ou milieu ordinaire

Etablissement de santé

Etablissement médico-social

Autre provenance :

Médecin traitant : Kinésithérapeute :

En cas d'hospitalisation, avez-vous un établissement de préférence ?

..... Sté Ambulances :

N° sécurité sociale : /___/___/___/___/___/___/___/___/ Centre :

Date de début des droits : Régime :

Code gestion : Code régime :

Adresse :

Mutuelle :

CAF / MSA : Avez-vous un numéro d'allocataire auprès de la CAF/ MSA(1) ?

Oui Non Si oui, N° d'allocataire :

Mesure de protection : non oui, tutelle oui, curatelle

Demande de sauvegarde de justice en cours : Oui Non

Si oui, nom et adresse du tuteur ou curateur ou mandataire :

.....

..... Téléphone :

Prise en charge : Aide sociale Payant : Prélèvement ou chèque (1)

(1) Entourer la bonne réponse

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

Percevez-vous : - l'Allocation Compensatrice Tierce Personne ? Oui Non

- La Prestation de Compensation du Handicap ? Oui Non

- La Majoration Tierce Personne (MTP) ? Oui Non

- Une retraite des anciens combattants ? Oui Non

N° de retraite anciens combattants :

Date de mise à la retraite :

Pensions ou revenus : *(Joindre justificatifs)*

Organismes	Montant	Périodicité	Montant annuel
TOTAL			

Etes-vous propriétaire ? Oui Non

Si oui, l'adresse du bien :

.....

.....

NOTAIRE :

(Adresse)

N° tél.

DEPENSES PERSONNELLES :

A quelle personne doit-on s'adresser pour les éventuelles dépenses personnelles ?

NOM : PRENOM :

Adresse :

Téléphone :

NOM du RESIDENT :

PRENOM :

COORDONNEES DES OBLIGES ALIMENTAIRES

Nom : Prénom : Lien parenté :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom : Prénom : Lien parenté :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom : Prénom : Lien parenté :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom : Prénom : Lien parenté :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom : Prénom : Lien parenté :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom : Prénom : Lien parenté :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

PERSONNES A CONTACTER EN PRIORITE

**Inscrire les coordonnées des personnes à contacter en cas de problèmes,
y compris la nuit, le dimanche et les jours fériés.**

Nom : Prénom : Lien parenté :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom : Prénom : Lien parenté :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Nom : Prénom : Lien parenté :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

Observations :

.....

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Frais de séjour à adresser à :

.....

.....

Courrier à remettre au résident : oui non ⁽¹⁾

Si non, merci d'effectuer le changement d'adresse auprès de la poste et des différents organismes avant l'admission.

(1) Entourez la bonne réponse

DISPOSITIONS A SUIVRE EN CAS DE DECES

NOM du RESIDENT : NOM de JEUNE FILLE :
PRENOMS :

QUELLE PERSONNE CONTACTER en PRIORITE ?

NOM : PRENOM :
ADRESSE :
TELEPHONE : *Souhaitez-vous être prévenu la nuit ?*

En cas d'absence :

NOM : PRENOM :
ADRESSE :
TELEPHONE : *Souhaitez-vous être prévenu la nuit ?*

DONNEZ -VOUS VOTRE ACCORD POUR QUE L'ETABLISSEMENT :

- Annonce votre décès le moment venu ? Oui non **(1)**
- Procède à l'affichage d'un avis de décès comprenant le nom, prénom, âge, une photographie, ainsi que la date des obsèques ? Oui non **(1)**
- Organise un hommage au sein de l'établissement ? Oui non **(1)**

* RETOUR au DOMICILE : oui non **(1)** Si oui, à quelle adresse :

Par transport de corps : sans mise en bière avec mise en bière **(1)**

* DEPOT du CORPS : dans service de pompes funèbres : sans mise en bière avec mise en bière **(1)**

Y A-T-IL UN CONTRAT D'OBSEQUES ? Oui non **(1)**

Si oui, indiquer le nom, adresse et n° de téléphone de la société :

Si non, quelle SOCIETE de POMPES FUNEBRES CONTACTER :

ENTERREMENT : RELIGIEUX ou CIVIL **(1)**

Si service religieux, dans quelle ville ?

INHUMATION : CIMETIERE de :
EMPLACEMENT ou CONCESSION de PREVUS ? Oui non **(1)**

REMARQUES PARTICULIERES : (vêtements, bijoux, ...)

.....
.....

(1) Entourer la bonne réponse

GESTION DU TELEPHONE PAR L'ETABLISSEMENT

L'établissement propose à chacun de ses résidents une prestation téléphonique :

la gestion du téléphone par l'établissement, aux tarifs suivants (Délibération n° 21/2021) :

- * location de ligne : 6.02 euros / mois
- * unité de taxation téléphonique : 0.15 euros
- * location poste à grosses touches : 2.30 euros /mois
- * location poste normal : 1.71 euros /mois

Le relevé aura lieu tous les mois et le montant apparaîtra sur la facture des frais de séjour.

Le résident aura son propre numéro d'appel et le choix entre la mise à disposition

⇒ d'une ligne en utilisation restreinte (pour seulement recevoir des appels)

⇒ d'une ligne en utilisation complète (pour recevoir et passer des appels) - cette

seconde solution entraînera la facturation de taxes téléphoniques.

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec nos services administratifs.

Rocroi, le 01 février 2023

A l'aide du coupon-réponse ci-dessous, veuillez nous faire connaître vos souhaits :

(Entourer les bonnes réponses)

NOM du RESIDENT :

PRENOM :

⇒ Location d'une ligne : oui non

Si oui : en utilisation restreinte en utilisation complète

⇒ Location d'un poste : oui non

Si oui : à touches normales à grosses touches

Date de début souhaitée pour cette prestation : _____

⇒ Facturation : sur la facture des frais de séjour

Date :

Signature :