



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 <sup>(1)</sup>

- 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
<b>TOTAL</b>			

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 : .....

.....

.....

Donnez vous votre consentement pour l'affichage de votre nom, votre prénom et le numéro de votre chambre sur le tableau d'affichage du hall de l'EHPAD ? : oui non <sup>(1)</sup>  
et sur la porte de votre chambre ? oui non <sup>(1)</sup>

Courrier à remettre au résident :

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° 25/2024), un forfait de 15.00 euros TTC/mois comprenant :

- \* la mise à disposition d'une ligne téléphonique
- \* la mise à disposition d'un appareil à touches normales ou grosses touches
- \* la facturation des unités

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)

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

Rocroi, le 1er novembre 2024

*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

⇒ Avec 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 :