

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

- FOYER D'HEBERGEMENT**
- FOYER DE VIE avec HEBERGEMENT**
- FOYER DE VIE sans HEBERGEMENT (centre d'activités occupationnelles)**
- SAVS**

Date de la demande : -----

ÉTAT CIVIL

Nom : Prénom :

Né(e) le : à : Pays :

Nationalité : Sexe : Téléphone :

Adresse :

Commune: Code Postal : Mail :

Situation de famille (cocher la case correspondante) :

Célibataire Marié(e) ou Pacsé(e) Vie maritale Veuf(ve) Divorcé(e)

ÉTAT CIVIL DU CONJOINT

Nom : Prénom :

Né(e) le : à : Pays :

Demeurant à

ENFANTS

Nom - Prénom	Né(e) le	Activité	Adresse-Téléphone
.....
.....
.....
.....

PARENTS

Nom et Prénom du Père : Date de Naissance :

Adresse : Tél. : Mail :

Profession : Employeur :

Nom et Prénom de la Mère : Date de Naissance :

Adresse : Tél. : Mail :

Profession : Employeur :

FRÈRES ET SOEURS

Nom - Prénom

Né(e) le

Activité

Adresse-Téléphone

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

ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS FRÉQUENTÉS

(IME, IMPRO, foyer, ESAT, Domicile, Centre de Rééducation, SSR, Hôpital...)

PERIODE	ORGANISME	TYPE D'ETABLISSEMENT	MOTIF DU DEPART

SITUATION ACTUELLE

- Domicile familial
- Milieu ordinaire
- Établissement de santé
- Établissement médico-social
(IME, IMPRO, ESAT ...)
- Inconnue

DATE D'ENTREE

ADRESSE

.....

DOCUMENTS D'IDENTITÉ

N° Carte d'identité ou titre de séjour : Délivrée par :

le : Date de validité :



COUVERTURE SOCIALE

(cocher les cases correspondantes)

Bénéficiez-vous de la Sécurité Sociale : OUI NON

Si oui, à quel titre ?

Assurance volontaire (ou personnelle) Salarié(e) Titulaire d'une pension d'invalidité

Retraité(e) Ayant droit

Autres cas : (commerçant, chômage...), veuillez préciser :

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale :

Numéro de Sécurité Sociale :

Nom de l'assuré(e) si le candidat est un ayant droit :

Lien de parenté :

Bénéficiez-vous d'une mutuelle : OUI NON

Si oui, nom et adresse

Bénéficiez-vous de la CMU : OUI NON

PRESTATIONS FAMILIALES

Percevez-vous l'une des prestations indiquées ci-dessous (cocher les cases correspondantes) :

Allocation aux Adultes Handicapés Allocations familiales APL / ALS

Autres préciser :

Adresse de la Caisse d'Allocations Familiales :

Numéro d'allocataire :

SI VOUS PERCEVEZ UNE OU PLUSIEURS PENSIONS

NATURE (retraite, invalidité, ...)	NUMERO D'INSCRIPTION	ADRESSE de L'ORGANISME DEBITEUR

NOTIFICATION MDPH

(cocher les cases correspondantes)

Foyer d'hébergement : Permanent Temporaire Date d'échéance :

Foyer de Vie avec hébergement : Permanent Temporaire Date d'échéance :

Foyer de Vie sans hébergement : Permanent Temporaire Date d'échéance :

SAVS Date d'échéance :

Autres :

Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) Carte d'invalidité / CMI Autre.....

Demandes en cours :



AIDE SOCIALE

Avez-vous déjà un dossier d'aide sociale ?

OUI N° de dossier :

Département du domicile de secours :

NON

Demande en cours, depuis.....

PROTECTION JURIDIQUE

(cocher la case correspondante)

Curatelle simple Curatelle renforcée Curatelle aménagée Tutelle Mandataire

Co-tutelle Co-curatelle Sauvegarde de justice : Date du Jugement :

Mesure d'accompagnement social personnalisé Sans régime de protection En cours

Nom et Adresse du représentant légal (le cas échéant):

.....

Téléphone : Mail :

Lien de parenté avec l'intéressé(e) :

PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Profession :

Lien de parenté :

PERSONNE FORMULANT LA DEMANDE

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Lien de parenté :

Fait à

Le

Fait à

Le

Signature de la personne pour laquelle
le placement est sollicité

Signature de la personne formulant la demande
(si différente de l'intéressé)

