



**MAISON D'ACCUEIL BRANCION**

11, rue Carnot  
54200 ROYAUMEIX

Tél. 03.83.62.91.50  
Fax. 03.83.62.86.53

Date de dépôt du dossier

## **DEMANDE D'ADMISSION**

### **→ ETAT CIVIL DU FUTUR RESIDENT**

Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom de naissance ..... Nom marital .....

Prénom .....

Date et lieu de naissance .....

Nationalité .....

Profession antérieure .....

### **SITUATION FAMILIALE**

Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  date du divorce ..... Séparé(e)  date de la  
séparation ..... Autre .....

Nombre d'enfants .....

Adresse actuelle .....

CP ..... Ville .....

Depuis le : .....

Vous vivez : seul  en couple

Type : Foyer logement  Adresse du foyer logement : .....

Maison  Appartement  domicile  hébergé

Etes-vous locataire  propriétaire

### **→ ETAT CIVIL DU CONJOINT**

Nom ..... Prénom .....

Date et lieu de naissance .....

Si veuf date du décès : ..... Si divorcé(e) ou séparé(e) date :

### **→ TYPE D'ADMISSION ENVISAGEE**

Accueil de jour

Hébergement temporaire  du ..... au .....

Hébergement permanent

→ **COMPOSITION DE LA FAMILLE**  
**ENFANTS**

Nom .....Prénom .....Parenté .....  
Adresse .....  
CP..... Ville .....  
Tél fixe ..... Tél portable .....  
Tél travail .....

Nom .....Prénom .....Parenté .....  
Adresse .....  
CP..... Ville .....  
Tél fixe ..... Tél portable .....  
Tél travail .....

Nom .....Prénom .....Parenté .....  
Adresse .....  
CP..... Ville .....  
Tél fixe ..... Tél portable .....  
Tél travail .....

Nom .....Prénom .....Parenté .....  
Adresse .....  
CP..... Ville .....  
Tél fixe ..... Tél portable .....  
Tél travail .....

Nom .....Prénom .....Parenté .....  
Adresse .....  
CP..... Ville .....  
Tél fixe ..... Tél portable .....  
Tél travail .....

Nom .....Prénom .....Parenté .....  
Adresse .....  
CP..... Ville .....  
Tél fixe ..... Tél portable .....  
Tél travail .....

Nom .....Prénom .....Parenté .....  
Adresse .....  
CP..... Ville .....  
Tél fixe ..... Tél portable .....  
Tél travail .....

Nom .....Prénom .....Parenté .....  
Adresse .....  
CP..... Ville .....  
Tél fixe ..... Tél portable .....  
Tél travail .....

→ **CAISSE D'ASSURANCE MALADIE**

N° Immatriculation : .....  
 Organisme d'affiliation : .....  
 Numéro de centre : .....

→ **MUTUELLE**

Nom : .....  
 Adresse : .....  
 Tél : .....  
 N° adhérent : .....

*Chaque année la personne devra fournir l'attestation mutuelle à jour.*

→ **RESSOURCES**

	<b>Mensuel</b>	<b>Annuel</b>	
1/ Retraites principales	.....	.....	€uros
2/ Retraites complémentaires	.....	.....	€uros
3/Rentes éventuelles	.....	.....	€uros
4/ Revenus de location	.....	.....	€uros
5/ Revenus de capitaux placés	.....	.....	€uros
<b>Total</b>			€uros

→ **CAISSES DE RETRAITE**

1/ Nom : .....  
 Adresse : .....  
 N° d'affiliation : .....

2/ Nom : .....  
 Adresse : .....  
 N° d'affiliation : .....

3/ Nom : .....  
 Adresse : .....  
 N° d'affiliation : .....

4/ Nom : .....  
 Adresse : .....  
 N° d'affiliation : .....

→ **AIDE ET ACCOMPAGNEMENT**  
**AIDE DANS LA VIE COURANTE**

Etes-vous bénéficiaire de l'aide médicale ? oui  non   
Etes-vous bénéficiaire de l'aide ménagère ? oui  non   
Etes-vous pris en charge par un service de soins à domicile ? oui  non   
Si oui lequel ? .....

**ORGANISMES :**

Bénéficiez-vous de l'Aide Personnalisée au Logement (APL) ? oui  non   
Si oui Organisme CAF  MSA  numéro allocataire : .....

Bénéficiez-vous de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) oui  non   
Si oui département  ou hors département

Bénéficiez-vous de l'Aide sociale oui  non  mesure en cours

Mesure de protection juridique

Etes-vous sous tutelle  Sous curatelle

Nom de la tutelle : .....

Lien famille  autre (à préciser) : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Une mesure de protection juridique est-elle en cours oui  non si oui  laquelle.....

Nom du tribunal .....

Contrat convention obsèques :

Oui  Non

Nom et adresse : .....

Personne à contacter : .....

Références du contrat : .....

Nom du notaire : .....

Adresse : .....

→ **PERSONNE A CONTACTER EN VUE D'UNE EVENTUELLE**  
**ADMISSION**

Nom .....Prénom .....Parenté .....

Adresse .....

CP..... Ville .....

Tél fixe ..... Tél portable .....

Tél travail .....

→ **LA DEMANDE EST-ELLE INTRODUITE**

- ☉ Sur demande de l'intéressé ?
- ☉ A l'initiative d'un tiers ?   
Si oui lequel ? conjoint  ascendant  descendant  autres .....

→ **MOTIF PRINCIPAL D'ADMISSION**

Mentionnez au maximum 3 motifs dans la liste ci-dessous, numérotés (1,2,3) dans l'ordre de leur importance, le plus important en premier.

1. La prise en charge dont vous bénéficiez actuellement est insuffisante
2. Vous êtes dans l'impossibilité de retourner à domicile après une hospitalisation
3. Votre état de dépendance s'est aggravé
4. Votre aidant(e) ou conjoint(e) est décédé(e) ou vous avez perdu un soutien familial
5. Votre aidant(e) ou conjoint(e) a dû être admis(e) en établissement
6. Vous vous sentez isolé(e) ou êtes dans une situation d'insécurité
7. Votre logement est inadapté
8. Vous recherchez un accueil de transmission entre un séjour à l'hôpital et le retour à votre domicile
10. Vous éprouvez des difficultés momentanées de vie à domicile pour cause saisonnière
11. Vous éprouvez des difficultés momentanées de vie à domicile par autres causes
12. Vous recherchez une période d'essai de vie en collectivité
13. Rapprochement familial
14. Autres motifs

***Tout dossier sera réputé complet à la réception de toutes les pièces justificatives à joindre voir verso. ➡***

Pièces à joindre au dossier :

- Avis d'imposition de l'année en cours*
- Taxe foncière*
- Taxe d'habitation*
- Justificatifs de retraites/pensions/rentes/revenus*
- Justificatif Allocation logement et numéro allocataire*
- Justificatif APA*
- Attestations CPAM et mutuelle*
- Photocopie du ou des livret(s) de famille*
- Convention obsèques*
- Une copie du jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice*
- Attestation assurance responsabilité civile*
- Consentement de la personne signé par le futur résident ou par son représentant légal*