



DOSSIER D'ADMISSION RESIDENCE SOCIALE

Fiche Diagnostic

NOM, PRÉNOM, SIGNATURE DE LA PERSONNE AYANT CONSTITUÉ LE DOSSIER D'ADMISSION

Nom : _____

Prénom : _____

Cachet du service :

Signature :

Adresse mail : _____

Téléphone : _____

Date de dépôt de la demande : _____

IDENTITÉ DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Téléphone (s) : _____

SITUATION DE LOGEMENT/OU D'HÉBERGEMENT

LIEU DE RÉSIDENCE AU MOMENT DU DÉPOT DE LA DEMANDE

- Domicile / Famille : _____
- Foyer Logement / Maison de Retraite / EHPAD /CHRS : _____
- Hôpital / Clinique / Centre de Convalescence : _____
- Autre : _____

DERNIÈRE ADRESSE DE DOMICILIATION CONNUE

QUALITÉ D'OCCUPATION DU DERNIER LOGEMENT:

- Propriétaire
- Locataire
- Bénéficiaire de l'Allocation logement

N° Allocataire : _____



SITUATION FAMILIALE

- Marié (e)
 Célibataire
 Veuf (e) Depuis le : _____
 Séparé (e) Divorcé(e) Depuis le : _____
 Nombre d'enfant(s) : Fils _____ Fille _____

COORDONNÉES DES ENFANTS OU DES PROCHES A PREVENIR EN CAS DE BESOIN

Le premier de la liste est le référent familial (à prévenir en premier en cas d'urgence)

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Lien (ex. fils, fille, frère, sœur, ou préciser...) : _____

Téléphone (s) : _____

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Lien (ex. fils, fille, frère, sœur, ou préciser...) : _____

Téléphone (s) : _____

COORDONNÉES DE SÉCURITÉ SOCIALE

N° Identification : _____

Centre de Paiement de la Sécurité Sociale : _____

Prise en charge à 100 % : Oui Non

Mutuelle complémentaire : _____

N° Adhérent : _____

Complémentaire Santé Solidaire / CMU : Oui Non

RESSOURCES

dont est bénéficiaire la personne demandeuse : RSA, AAH, ASPA, pensions de retraite
à titre personnel et/ou à titre de réversion, rentes, salaires...

Organisme (s)	Adresse (s)	Périodicité	Montant
<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/>	<hr/>

SUIVIS SOCIAUX / MÉDICAUX / JUDICIAIRES

MESURES de PROTECTION JURIDIQUE
 OUI NON

Si oui, remplir ci-après :

Coordonnées de l'organisme en charge :

 Curatelle

 Tutelle

SUIVI MÉDICAL

SUIVI PSYCHIATRIQUE

Hôpital de jour, CATTP, GEM, CMP, etc.

SUIVI SPIP

AIDE A DOMICILE

AUTRES

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Copie carte d'identité ou titre de séjour
- Copie carte vitale et/ou attestation
- Copie carte mutuelle complémentaire ou attestation CPAM/CSS
- Décision de la MDPH (AAH, PCH, RQTH, ...)
- Attestation d'assurance responsabilité civile / multirisque habitation
à fournir impérativement le jour de l'entrée dans le logement
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Décision de mise sous protection juridique

Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité

SUIVI DE LA DEMANDE

Date de visite de la Résidence : _____