

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION



**Résidence autonomie Lyliane Carpentier**

**1, rue Jacques Philippe Bréant  
27300 BERNAY**

***Horaires d'accueil : de 9h-12h et de 14h à 17h  
En dehors de ces horaires, sur rendez-vous  
uniquement.***

**Tél : 02 32 46 22 70**

**Email : [residence.autonomie@bernay27.fr](mailto:residence.autonomie@bernay27.fr)**

*Version juillet 2023*

# LA RÉSIDENCE AUTONOMIE

## *Chez soi et en compagnie*

Vivre dans une résidence autonomie offre des avantages, sur le plan pratique et humain : lien social maintenu, ouverture sur le quartier, proximité de commerces, présence de professionnels, animations variées...

Et surtout, rempart contre la solitude avec la liberté de choisir selon ses envies : être tranquille chez soi ou prendre ses repas en compagnie et partager des moments de loisirs avec ses voisins.

Les résidences autonomie comportent à la fois des logements individuels et privatifs et des espaces communs dédiés à la vie collective. Elles sont conçues pour accueillir dans un logement des personnes âgées autonomes qui ne peuvent ou n'ont plus l'envie de vivre chez elle (à cause de difficultés d'accès aux commerces, d'un sentiment d'isolement...).

Les résidences autonomie accueillent les personnes seules ou en couple. Vivre dans une résidence autonomie permet de :

- Continuer à **vivre de manière indépendante** ;
- Bénéficier d'**un environnement plus sécurisé** ;
- Disposer de **services collectifs** : restauration, animations, lingerie...

Les résidences autonomie ne sont pas, en principe, destinées à recevoir des personnes qui ont besoin de soins médicaux et les soins courants des résidents sont réalisés par des intervenants extérieurs (médecins libéraux, soins infirmiers à domicile, auxiliaires de vie...).

Les critères d'admission sont les suivants :

- Le niveau de perte d'autonomie évalué doit être en GIR5 ou 6 ;
- Avoir plus de 60 ans (57 ans pour les personnes ayant une reconnaissance MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)).

Si un couple entre en même temps dans la Résidence, les deux membres doivent remplir ces critères d'admission.

Dans le cas où votre demande d'admission est acceptée mais qu'aucun logement n'est disponible, vos coordonnées seront indiquées sur une liste d'attente si vous le souhaitez. Dès lors qu'un logement se libèrera nous vous contacterons afin de faire un point sur votre situation. Il vous sera demandée une nouvelle fois de faire évaluer votre niveau d'autonomie via une nouvelle grille AGGIR.

La présente demande est conservée 2 ans. Au terme de ce délai, vous devrez refaire un dossier de demande d'admission.



# DOSSIER ADMINISTRATIF

*État civil de la personne(s) souhaitant entrer en résidence*

## DEMANDEUR 1

Civilité :  Monsieur

Madame

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ...../...../.....

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : ...../...../...../...../...../...../.....

N° CAF/MSA : \_\_\_\_\_

## DEMANDEUR 2 *(par exemple un couple)*

Civilité :  Monsieur

Madame

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ...../...../.....

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : ...../...../...../...../...../...../.....

N° CAF/MSA : \_\_\_\_\_

## SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Vie maritale

Pacsé(e)

Marié(e)

Veuf(e)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postale : \_\_\_\_\_ Commune/ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## MOTIFS DE VOTRE DEMANDE D'ENTRÉE SUR LA RÉSIDENCE

- Rapprochement familial ou amical
- Logement actuel inadapté
- Isolement
- Autre (à préciser) :

---

---

---

Date d'entrée souhaitée (sous réserve de disponibilité) : ...../...../.....

Comment avez-vous connu notre résidence ?

- Par bouche à oreilles
- Vous y déjeuner actuellement
- Par Maison France Service
- Par le site internet de la Ville
- Autre (à préciser) :

---

---

---

## NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE REMPLISSANT LE DOSSIER SI DIFFÉRENTE :

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Civilité :  Monsieur  Madame

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postale : \_\_\_\_\_ Commune/ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_



# DÉCLARATION DE RESSOURCES

Catégories de ressources (Pensions, retraites complémentaires, autres)	Montant mensuel de la retraite de l'année en cours	Autres montants	
		Périodicité	Montant
CARSAT			
RETRAITES COMPLETAIRES			
AUTRES RESSOURCES (rentes, etc.)			
TOTAL REVENUS			

## MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Oui

Non

en cours

Si oui laquelle :  Sauvegarde de justice

Curatelle

Curatelle renforcée

Tutelle

Mandat de protection

Si oui, coordonnées de la personne qui assure la protection juridique :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

# AUTONOMIE

## INFORMATIONS SANTÉ

Bénéficiez-vous d'un service d'aide à domicile :

Oui       Non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Cabinet infirmier (ère) : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

## APA (ALLOCATION PERSONNALISÉ D'AUTONOMIE)

Percevez-vous cette prestation ?

Oui       Non       En cours

Si oui : depuis quelle date : ...../...../.....

Quel est le GIR (Groupe Iso-Ressources de 1 à 6) indiqué dans votre plan d'aide : \_\_\_\_\_

Si l'APA est versée transmettre **impérativement le plan d'aide détaillé.**

## SIGNATURE

*De la ou des personne(s) concerné(s) par cette demande :  
Précédé de la mention manuscrite « Lu et approuvé »*

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :



# JUSTIFICATIFS A FOURNIR IMPERATIVEMENT

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES SUIVANTES :

- Une photo d'identité récente,
- La grille d'autonomie AGGIR inclus dans ce document à faire renseigner et signer par votre médecin traitant,
- Carte d'identité (recto-verso),
- Livret de famille (avec les feuilles relatives au mariage et aux enfants),
- Attestation de sécurité sociale (et non de la carte vitale),
- Carte de mutuelle complémentaire,
- Dernier avis d'imposition sur les revenus,
- Si vous faites l'objet d'une mesure de tutelle ou curatelle, justificatif de cette mesure,
- Vos numéros d'allocataire CAF ou MSA,
- Si vous percevez l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) copie du plan d'aide,
- Un relevé d'identité bancaire au format IBAN en cas de souhait de prélèvement automatique,

***NE PAS TRANSMETTRE D'ORIGINAUX  
EN CAS DE DOSSIER INCOMPLET VOTRE DEMANDE NE POURRA PAS ETRE PRISE EN COMPTE***

## UTILISATION DES DONNEES

Les informations personnelles requises dans ce formulaire vous sont demandées afin :

- De pouvoir effectuer l'inscription au sein de notre résidence
- D'assurer le suivi administratif tout au long de votre séjour
- D'établir la facturation

Elles peuvent être également utilisées pour vous transmettre des informations sur l'offre municipale à destination des seniors ou pour réaliser des statistiques internes afin d'améliorer notre offre.

Les informations relatives à votre séjour santé sont recueillies dans le but de coordonner les soins pendant toute la durée de votre séjour. Elles font l'objet d'un traitement spécifique lié à leur confidentialité (RGPD). Vous avez le droit d'en demander l'accès ou la rectification auprès de la direction ou vous opposer à leur utilisation pour motif légitime. Elles font l'objet d'un traitement informatisé et sont **conservées le temps de votre présence et au plus tard pendant 2 ans après votre départ**. Au-delà de ce délai, elles sont détruites.

# NOTE EXPLICATIVE

## PUBLIC ACCUEILLI EN RESIDENCE AUTONOMIE

Les résidences autonomie sont ouvertes aux personnes âgées de 60 ans et retraitées ou de 57 à 60 ans, ayant une dérogation d'âge délivrée par la MDPH et relevant de GIR 6/5/4.

Ce dossier comprend :

- Un dossier administratif à remplir par la personne concernée ou toutes personnes habilitées à le faire ;
- Une liste de justificatifs à fournir ;
- Un questionnaire médical à faire remplir par votre médecin traitant et à retourner sous pli fermé.

***CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES DEMANDEES.***

## TRANSMISSION DU DOSSIER

La personne sollicitant l'entrée à la résidence peut :

- Soit envoyer,
- Soit déposer ce dossier complet

A l'adresse suivante :

**Résidence Autonomie Lyliane Carpentier  
1 Rue Jacques Philippe Bréant  
27300 BERNAY**

Après vérification du dossier d'amission, une lettre d'accusé réception du dossier complet vous sera transmise.

Si vous remplissez les conditions d'accès à la résidence, votre candidature sera sur liste d'attente.

Lorsqu'un appartement sera libre, une visite de préadmission sera organisée.

Avant votre entrée en résidence la direction prendra contact avec vous pour finaliser votre dossier.

# Grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources)

À faire remplir par votre médecin traitant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ...../...../.....

## Situation au regard des actes essentiels et ordinaires de la vie :

**A** : fait seul, totalement habituellement, correctement

**B** : Fait partiellement, non habituellement, non correctement

**C** : ne fait pas

VARIABLES DISCRIMINANTES		CODAGE	
1	<b>COHÉRENCE</b>		
	Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée		
2	<b>ORIENTATION</b>		
	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.		
3	<b>TOILETTE DU HAUT ET DU BAS DU CORPS</b>		
	Assurer son hygiène corporelle	Haut	
		Bas	
4	<b>HABILLAGE HAUT, MOYEN, BAS</b>		
	S'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
		Moyen	
		Bas	
5	<b>ALIMENTATION : SE SERVIR, MANGER</b>		
	Se servir et manger les aliments préparés	Se servir	
		Manger	
6	<b>ELIMINATION URINAIRE, FÉCALE</b>		
	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
		Fécale	
7	<b>TRANSFERTS</b>		
	Se lever, se coucher, s'asseoir		
8	<b>DÉPLACEMENTS A L'INTERIEUR</b>		
	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
9	<b>DÉPLACEMENT A L'EXTÉRIEUR</b>		
	À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
10	<b>COMMUNICATION À DISTANCE</b>		
	Utiliser les moyens de communications : téléphone, alarme, sonnette		

**VARIABLES ILLUSTRATIVES AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE** | CODAGE

11	<b>GESTION</b> Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	<input type="checkbox"/>
12	<b>CUISINE</b> Préparer ses repas et les conditionner pour être servis	<input type="checkbox"/>
13	<b>MÉNAGE</b> Effectuer l'ensemble des travaux ménagers	<input type="checkbox"/>
14	<b>TRANSPORT</b> Prendre et/ou commander un moyen de transport	<input type="checkbox"/>
15	<b>ACHATS</b> Acquisition directe ou par correspondance	<input type="checkbox"/>
16	<b>SUIVI DU TRAITEMENT</b> Se conformer à l'ordonnance du médecin	<input type="checkbox"/>
17	<b>ACTIVITÉ DE TEMPS LIBRE</b> Activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	<input type="checkbox"/>
<b>GIR</b>		<input type="checkbox"/>

À \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin traitant

# AUTRES INFORMATIONS

À faire remplir par votre médecin traitant

## Symptômes psycho-comportementaux

Types	Oui	Non	Précisions
Idées délirantes			
Hallucinations			
Agitation, agressivité (cris...)			
Dépression			
Anxiété			
Apathie			
Désinhibition			
Comportements Moteurs aberrants			
Troubles du sommeil			

A-t-il (elle) été hospitalisé(e) pour une pathologie psychiatrique ?

Oui

Non

Lieu et date de cette hospitalisation \_\_\_\_\_

Suivi actuel par : \_\_\_\_\_

## Conduite à risques

Types	Oui	Non	Précisions
Alcool			
Tabac			
Sevrage			

À \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin traitant

