

Dossier d'admission

Demande reçue le :/...../.....

Par qui :

Durée du séjour :

Date entrée :/...../..... **de sortie :**/...../.....

Nom : **Nom de jeune fille :**

Prénoms : **Nationalité :**

Date de naissance :/...../..... **Lieu de naissance :**

Situation de Famille :

Célibataire Marié(e) depuis le :/...../..... vie maritale

Veuf (ve) depuis le :/...../..... Divorcé(e) depuis le :/...../..... Séparé(e)

Nom du conjoint :

- Nombre d'enfants : dont vivants et décédés
- Nombre de petits enfants
- Nombre d'arrières petits enfants

Domicile :

Téléphone : **Portable :**

Dernière profession exercée :

Nom / Prénom	Lien de parenté	adresse	téléphone	

Mesure de protection :

- oui non en cours
 Sauvegarde de justice mandat de protection futur curatelle tutelle

Organisme :

Nom du référent :

Sécurité sociale

Régime d'assurance maladie :

Le bénéficiaire est-il l'assuré ? oui non

Nom et prénom de l'assuré :

Numéro de sécurité sociale :

Nom et adresse de la caisse :

Nom et adresse de la mutuelle :

Ressources

Caisse de retraite principale :

Caisse de retraite complémentaire :

Dossiers d'aides financières déposés :

APA : oui en cours non CRAM : oui en cours non

Autres :

Personne de confiance désignée par le résident:

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Portable :

PROJET DE VIE PERSONNALISE

Motif :

.....

.....

Objectifs du séjour :

.....

.....

Date d'entrée au Centre Intergénérations :/...../.....

Durée du séjour :

PRESTATIONS MISES EN ŒUVRE

Mobilité

- aide au lever
- aide au coucher
- canne déambulateur

Aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne

- aide pour la prise des médicaments
- aide pour l'habillage du haut
- aide pour l'habillage du bas
- aide à la toilette du haut
- aide à la toilette du bas
- aide à la douche

Aide aux repas

- | | | |
|------------------------------|--------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | Régime | <input type="checkbox"/> normal |
| <input type="checkbox"/> non | | <input type="checkbox"/> sans sel |
| | | <input type="checkbox"/> diabétique |
| | | <input type="checkbox"/> mouliné |

Y-a-t-il un(des) aliment(s) interdit(s) ou que vous supportez mal ? :

.....

.....

Interventions des auxiliaires médicaux :

- médecin
- infirmier(e)
- SSIAD
- Kinésithérapeute
- autre

Projet en fin d'hébergement

- retour au domicile sans aide
- retour au domicile avec aide
- hébergement dans la famille
- entrée en foyer-logement
- entrée en maison de retraite

EN CAS DE DECES

Médecin à prévenir en premier :

Pompes funèbres choisies :

Je soussigné(e).....

Domicilié(e).....

Effectuera un séjour temporaire :

Du :/...../..... Au :/...../.....

Évalué(e) en GIR : , je bénéficierais de l'accompagnement prévu dans ce document et le prix de mon hébergement sera calculé en conséquence.

Si besoin mon autonomie pourra être réévaluée en cours de séjour.

Ce séjour pourra éventuellement être prolongé si le demandeur le souhaite et en fonction des places disponibles à l'issue du séjour réservé.

Belleville-sur-loire, le