CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
Résidence Autonomie « La Diablerie »
24, rue Marcel Paul
37700 SAINT-PIERRE-DES-CORPS
☎ **:** 02 47 44 58 63

DEMANDE DE LOGEMENT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Date et lieu de naissance : .....

Caisse d'assurance maladie : .....

N° d'immatriculation : .....

Nom du conjoint : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Caisse d'assurance maladie : .....

N° d'immatriculation : .....

Situation familiale : ☐ marié-e, ☐ veuf-ve, ☐ divorcé-e, ☐ séparé-e, ☐ célibataire

<u>Famille</u> : *(par ordre de priorité à contacter en cas de besoin)*

Nom : ..... Prénom : ..... Lien : .....

Téléphone : ..... Profession : .....

Adresse : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Lien : .....

Téléphone : ..... Profession : .....

Adresse : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Lien : .....

Téléphone : ..... Profession : .....

Adresse : .....

Ressources :

Caisse de retraite	N° de dossier	Montant mensuel
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
		Total : .....

Motif de la demande :

- ☐ Problème de santé
- ☐ Rapprochement familial
- ☐ Logement inadapté
- ☐ Isolement
- ☐ Autre : .....

Informations que vous souhaiteriez porter à notre connaissance :

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

Date :
Signature :

FICHE MEDICALE
A remplir par le médecin traitant

Nom : ……

Prénom : ……

Sexe : ……

Lieu de naissance : …….

Date de naissance : ……

PATHOLOGIES EN COURS DE TRAITEMENT :

……
……
……
……
……
……
……
……
……

Poids : ……. Taille : …….

Régime alimentaire : ☐ Oui ☐ Non

Lequel ? ……

ADAPTATIONS DIÉTÉTIQUES ÉVENTUELLES :

☐ Mixé ☐ Haché ☐ Coupé

EVALUATION DE L'AUTONOMIE DU DEMANDEUR

À FAIRE REMPLIR IMPERATIVEMENT PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Date de l'évaluation :

	Ne fait pas du tout	Ne fait pas spontanément	Ne fait pastotalement	Ne fait pas correctement	Ne fait pas habituellement	Fait complètement Seul-e
1. Transferts	❑	❑	❑	❑	❑	❑
2. Déplacements intérieurs	❑	❑	❑	❑	❑	❑
3. Toilette	❑	❑	❑	❑	❑	❑
haut						
bas	❑	❑	❑	❑	❑	❑
4. Elimination	❑	❑	❑	❑	❑	❑
5. Habillage						
haut	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Moyen	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Bas	❑	❑	❑	❑	❑	❑
6. Cuisine	❑	❑	❑	❑	❑	❑
7. Alimentation						
se servir	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Manger	❑	❑	❑	❑	❑	❑
8. Suivi du traitement	❑	❑	❑	❑	❑	❑
9. Ménage	❑	❑	❑	❑	❑	❑
10. Alerter	❑	❑	❑	❑	❑	❑
11. Déplacements extérieurs	❑	❑	❑	❑	❑	❑
12. Transport	❑	❑	❑	❑	❑	❑
13. Activités temps libre	❑	❑	❑	❑	❑	❑
14. Achat	❑	❑	❑	❑	❑	❑
15. Gestion	❑	❑	❑	❑	❑	❑
16. Orientation						
Dans le temps	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Dans l'espace	❑	❑	❑	❑	❑	❑
17. Cohérence						
Communication	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Comportement	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Documents à joindre à la demande :

- Dernier avis d'imposition
- Justificatifs de retraite récents
- Dernière quittance de loyer si locataire

A réception de cette demande, un rendez-vous vous sera fixé pour un entretien et la visite de la résidence.

Votre dossier sera ensuite présenté en commission d'attribution CCAS/RPA pour avis.

Contact :
☎ 02 47 44 58 63
rpa@mairiespdc.fr

Informations :
Redevance mensuelle à compter de juillet 2023 :
Type 1 : 532.58 €
Type 2 : 620.37 €

Charges comprises sauf électricité et téléphone.
Possibilité d'APL selon ressources.

Le restaurant est ouvert tous les jours le midi.
Tarifs repas à compter de septembre 2021 :
En semaine : 7.50€
Dimanches et jours fériés : 10 €
Collation du soir : 2.60 €