CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
Résidence Autonomie « La Diablerie »
24, rue Marcel Paul
37700 Saint Pierre des Corps

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

Famille : *(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 : ……

Date de naissance : …… Lieu 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

A 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 pas totalement	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 :

- Avis d'imposition
- Justificatifs de retraite
- 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
ccas.rpa.stpdc@orange.fr

Le restaurant est ouvert tous les jours le midi.