

FICHE DE RENSEIGNEMENTS pour l'hébergement d'une personne âgée ou d'une personne handicapée

(à compléter et à retourner à l'adresse indiquée ci-dessus)

Etablissement de placement (nom et adresse) :

Date d'entrée (joindre le bulletin d'entrée) :

A / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE ÂGÉE ou LA PERSONNE HANDICAPÉE

Nom de naissance : **Prénom(s) :**

Nom marital :

Date de naissance : |__|_|_|_|_|_|_|_| **Lieu de naissance :**

Situation de famille :

- célibataire marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf(ve) concubin(e) pacsé(e)

Nationalité :

- Française Union européenne (préciser) Autre (préciser)

Date d'arrivée en France (s'il y a lieu)

Adresse du dernier domicile avant l'entrée en établissement :

La personne était-elle auparavant dans un établissement pour personnes handicapées ? OUI NON

(si oui : bulletin de sortie à transmettre à l'appui de la demande)

Taux de handicap avant l'entrée en EHPAD :%

(EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique :

- Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

B / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Nom et adresse des parents (s'il y a lieu) :

Nombre d'enfants :

Nom et adresse de chaque enfant :

-
-
-
-
-
-

C / RESSOURCES				
Type de ressources	Organisme		Montant mensuel	
Pensions, retraites, rentes				
Salaires, revenus d'activité				
Allocations de chômage				
Allocation Adulte Handicapé (et complément)				
Allocations CAF ou MSA (AL, APL, AF) <input type="checkbox"/> demande allocation logement en cours : date de la demande :				
Autres ressources (à préciser) : - -				
D / CHARGES (joindre les justificatifs)				
Type de charge	Montant mensuel de la dépense			
Mutuelle				
Assurance responsabilité civile				
Frais de tutelle				
Autres charges (à préciser) : - -				
E / ÉPARGNE - PATRIMOINE				
1/ Livrets et comptes bancaires (joindre les derniers relevés de compte)				
Numéro de compte	Solde	Organisme bancaire	Coordonnées de la personne ayant procuration, s'il y a lieu	
2/ Assurance(s)-vie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (joindre la ou les copies des contrats)				
Numéro du contrat	Solde	Organisme	Date de souscription	Nom et Prénom du (ou des) bénéficiaire
3/ Autres capitaux mobiliers (Titres – Actions - Obligations)				
Nature	Montant	Organisme		
4/ Biens Immobiliers (joindre matrice cadastrale si le demandeur est propriétaire et acte de donation et de vente s'il y a transfert de propriété)				
Situation (lieu)	Donné le	Vendu le	à	Montant

