



Dossier de demande d'admission



RESIDENCE ACCUEIL : 1 RUE GEORGES LAMOURET / 209 RUE DIDEROT-94300 VINCENNES
(À remplir avec le candidat)

Date de la demande :

Etablissement/service à l'origine de la demande

Nom et adresse du service :

Nom du correspondant :

Tél : Mail :

Identité du candidat

Nom :

Prénom (s) :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance (Pays, ville et département) :

Nationalité:

Renseignements administratifs

Adresse actuelle :

Code postal : Ville : N°

Téléphone :

N° Mobile :

Habitation actuelle :

☐ Logement individuel autonome ☐ Résidence sociale ☐ Centre d'hébergement (Foyer...)

☐ Hébergé(e) par un particulier (à préciser) :

☐ Autre (à préciser) :

Mesure de protection : Le candidat bénéficie-t-il d'une mesure de protection (curatelle, tutelle..) ?

☐ OUI ☐ NON - Si oui, type de la mesure :

Nom et adresse du représentant légal/ de l'organisme exerçant la mesure :

Téléphone :

Situation familiale

☐ Célibataire ☐ Concubin (e) ☐ Pacsé (e) ☐ Marié (e) ☐ Divorcé (e) ☐ Veuf (ve)

Enfants : ☐ OUI ☐ NON

(Si oui, préciser pour chacun son nom, prénom, date de naissance, modalité de l'exercice de l'autorité parentale, liens conservés) :

Situation professionnelle et financière

☐ En recherche d'emploi, depuis ☐ Autre (à préciser) :

☐ En activité professionnelle ☐ intérim ☐ CDD ☐ CDI

☐ En insertion professionnelle (à préciser) :

Ressources financières :

Nature (Revenus de l'emploi, RSA, Assedics, AAH, autres ...)	Montant

Charges et dettes :

Pension alimentaire : Crédit(s) :

Interdit bancaire : Autre :

Joindre **OBLIGATOIREMENT** un rapport social de l'équipe référente.

Santé

Reconnaissance MDPH : ☐ OUI ☐ NON Si oui motif du handicap : ☐ Psychique ☐ Autre (précisez).....

.....

Le candidat dispose-t-il d'un suivi médical pour des soins psychiques: ☐ OUI ☐ NON

Traitement médical : ☐ OUI ☐ NON

Les problèmes de santé sont-ils stabilisés ?

.....

Le candidat est-il autonome dans ses démarches de soin ? ☐ OUI ☐ NON

Incidences de l'état de santé sur la vie quotidienne (autonomie, mobilité, nécessité d'une aide à domicile, adaptations du logement à prévoir ...)

.....

*Joindre **OBLIGATOIREMENT** un certificat médical du médecin référent sous pli confidentiel adressé au médecin référent de la commission d'attribution.*

Divers

Le candidat possède-t-il un moyen de locomotion ? ☐ OUI ☐ NON (à préciser) :.....

Le candidat possède-t-il un animal de compagnie ? ☐ OUI ☐ NON (à préciser) :.....

Observations autres :

.....

À remplir par le candidat

Quelles sont vos motivations à intégrer la résidence accueil ?

.....

[illegible]

1. que les informations données sont exactes ;
2. avoir été informé(e) que l'entrée dans le logement ne pourra avoir lieu qu'après la décision d'admission par le gestionnaire, le versement d'un dépôt de garantie, la signature du contrat de résident et du règlement de fonctionnement et de l'état des lieux.

Signature du demandeur (et de son représentant légal):

- ☐ Copie d'une pièce d'identité
- ☐ Copie du titre de séjour pour les personnes de nationalité étrangère
- ☐ Justificatif de ressources des deux derniers mois
- ☐ Un rapport social précis de l'orienteur (explicitant le parcours de vie, le profil et les raisons de la demande)
- ☐ Un certificat médical précisant que la personne est apte à vivre de manière autonome
- ☐ L'attestation d'engagement ci-jointe dûment complétée et signée par le médecin qui suit le candidat

Procédure d'attribution du logement : La personne, dont la demande d'admission fait l'objet d'un accord en commission d'admission, sera reçue en entretien par la Direction qui décidera en dernier ressort de son admission.

Si la demande est acceptée, l'entrée dans le logement est conditionnée par les éléments suivants :

- ☐ le demandeur fournit les pièces nécessaires à l'établissement de son dossier APL, l'attestation d'assurance et copie des deux derniers avis d'imposition (N-1 et N-2).
- Il signe le règlement de fonctionnement de la structure.
- Il signe son contrat de résident.
- Il signe l'état des lieux du logement.

Dossier à renvoyer à : UDSM - Résidence Accueil Henri Bonnemain - 1 rue Georges Lamouret - 94300 Vincennes

Cadre réservé à l'UDSM

Date de réception du dossier :

Date de l'examen en commission d'attribution :

Décision :

Motifs :

Dossier complet :

☐ OUI ☐ NON

	<h1>Attestation d'engagement</h1>	
---	-----------------------------------	---

L'équipe référente :

.....

Dr :

Equipe CMP:

.....

Secteur d'hospitalisation :

.....

S'engagent à poursuivre la prise en charge de

M. ou Mme

demeurant à la Résidence Accueil de Vincennes, et à intervenir en cas de décompensation.

Signature du Médecin :