

1 ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

N° de sécurité sociale :

Date et lieu de naissance :

Situation familiale :

Célibataire

Vit maritalement

Pacsé (e)

Marié (e)

Veuf (ve)

séparé (e)

Divorcé (e)

Nombre d'enfants :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Mesure de protection juridique :

Oui

Non

En cours

Si oui, laquelle ?

tutelle

curatelle

sauvegarde de justice

Autre, préciser :

Coordonnées du représentant légal :

Nom :

Prénom :

Qualité :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

2 PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par le demandeur ?

Oui

non

Si c'est le cas :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Lien de parenté ou de relation avec le demandeur :

3 DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché :

Hébergement permanent

Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité :

Oui

non

Situation de la personne âgée à la date de la demande :

Domicile

chez enfant/proche

logement foyer

EHPAD

Hôpital

Autre, préciser :

Dans le cas où le demandeur ne remplit pas lui-même le document :

Le consentement éclairé n'a pu être recueilli

La personne est-elle informée de la demande ?

Oui

non

La personne est-elle consentante (à la demande) ?

Oui

non

4 COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

Le demandeur lui-même :

Oui

non

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter :

(1) Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Lien de parenté ou de relation avec le demandeur :

(2) Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Lien de parenté ou de relation avec le demandeur :

5 AIDES FINANCIERES

Pensez-vous financer vous-même ou avec l'aide d'un tiers vos frais de séjour ?

Oui

non

Aide sociale à l'hébergement :

Oui

non

Demande en cours

Allocation logement (APL/ALS) :

Oui

non

Demande en cours

Allocation personnalisée à l'autonomie :

Oui

non

Demande en cours

Prestation de compensation du handicap / Allocation compensatrice pour tierce personne

Oui

non

6 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI REMPLIT LE VOLET ADMINISTRATIF DE LA DEMANDE

Nom :

Prénom :

Qualité/ Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone :

Date d'entrée souhaitée :

immédiat

dans les 6 mois

échéance plus lointaine

Date de la demande :

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

Signature de la personne ayant établi la demande :