

**FICHE ADMINISTRATIVE POUR L’ADMISSION EN RESIDENCE D’ACCUEIL**

**EN VUE DE L’ETUDE DE LA DEMANDE EN COMMISSION**

**ETAT CIVIL**

Nom du bénéficiaire : ……………………….Nom de jeune fille……………….

Prénom : …………………………………………………………………………..

Date de naissance : ……………………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………….

Situation matrimoniale :  célibataire  marié(e)  divorcé(e)  veuf(ve)  vie maritale

 PACS

Enfants :  oui  non, si oui quel(s) âge(s) a/ont-ils ?..........................................

 Vivent-ils avec vous ?  oui  non

Numéro de téléphone : ……………………………………………………………

Numéro de sécurité sociale : ……………………………………………………...

Adresse mail : …………………………………………………………………….

PERSONNE (S) (à contacter si nécessaire – préciser le lien de parenté)

Nom : ……………………………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………….

N° de téléphone : …………………………………………………………………

Nom : ……………………………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………….

N° de téléphone : …………………………………………………………………

**RESSOURCES ET CHARGES**

Origine : (Salaire, Assedic, Pension d’invalidité, Revenu de Solidarité Active, Allocation Adulte Handicapé, Autres…) ...…………………………………………………..

Montant : …………………………………………………………………………

Quelles sont vos charges actuelles ? Dettes, pensions…………………………….

**PROTECTION SOCIALE ET ASSURANCES**

Assurance-Maladie :  oui  non

Mutuelle :  oui  non si oui laquelle : ……………………….

Carte d’invalidité :   oui  non

Assurance au titre de responsabilité civile privée :  oui  non  ne sait pas



**MESURE TUTELLAIRE**  oui  non

Nom de la tutelle : ….……………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………….

N° de téléphone : …………………………………………………………………

Nom du délégué à la tutelle :..…………………………………………………...

Type de mesure : ………………………………………………………………

**SUIVI SOCIAL**

Nom : ……………………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………….

N° de téléphone : …………………………………………………………………

**VOTRE LIEU D’HABITATION ACTUELLE**

Vous êtes :

Hébergé :  oui  non Précisez (amis famille, hôtel..)…………..

Locataire :  oui  non Précisez HLM, propriétaire privé..)……...

Propriétaire :  oui  non

Sans domicile fixe :  oui  non

Hospitalisé :  oui  non

Autre :  oui  non Précisez……………………………

Depuis combien de temps : ……………………………………..

**VOS ATTENTES POUR UN LOGEMENT EN RESIDENCE ACCUEUIL**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

SIGNATURE DU DEMANDEUR : REPRESENTANT LEGAL :



FICHE SANTE

MEDECIN PSYCHIATRE

Nom : ………………………………………........………………………..

Etablissements : …………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………….……………………….

N° de téléphone : ...................................................

INFIRMIERE REFERENTE : ...................................................

MEDECIN GENERALISTE

Nom : ……………………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

N° de téléphone : …………………………

Est-il votre médecin référent ?  oui  non

Si non, coordonnées de celui-ci :

Nom : ……………………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

N° de téléphone : ………………………

*OBSERVATIONS PARTICULIERES*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

SIGNATURE DU DEMANDEUR : REPRESENTANT LEGAL :



MODELE DE DEMANDE D’HEBERGEMENT EN RESIDENCE D’ACCUEIL

(à rédiger à la main par le demandeur)

Mr, Mme, Melle soussigné(e) …………………………. demande à être hébergé dans la résidence d’accueil de l’association ATTAPsy et s’engage à respecter le règlement de vie de la collectivité.

 A………………, le ………………

 Signature du demandeur:



CERTIFICAT DU MEDECIN PSYCHIATRE TRAITANT

Je, soussigné(e)………………………………............. certifie que l’hébergement en résidence d’accueil de Mr, Mme, Melle ….........………………………………………………………….

Peut être bénéfique à son projet de vie

 Fait à ………………………………….

 Le ……………………………………..

 Signature et cachet

Certificat remis en main propre.



ORGANISME TUTELAIRE

Nous, (nom et adresse) …….....................…………………………………………………… ,

agissant en qualité de …………………................. auprès de M…………….......…………….

prenons bonne note de sa demande d’hébergement dans la résidence d’accueil de l’association ATTAPsy et nous nous engageons à coopérer à cette action, en fournissant tout document nécessaire au bon fonctionnement du dossier.

 A……………….. , le……………………..

 Signature et cachet :



FICHE COMPLEMENTAIRE (à remplir par le résident)

Nom : Prénom :

|  |
| --- |
| *Antécédents personnels* :Somatiques :Psychiatriques : |
| *Antécédents familiaux :* |
| *Addictions* :Tabac : OUI □  NON □  Importance : forte □ moyenne □ faible □Alcool : OUI □  NON □  Importance : forte □ moyenne □ faible □Cannabis : OUI □  NON □  Importance : forte □ moyenne □ faible □Jeux : OUI □  NON □  Importance : forte □ moyenne □ faible □Autres : OUI □  NON □  Laquelle :……………………..Y a t’il un suivi en cours ? OUI □  NON □ Si oui, par : ……………………………….. |
| *Mode de vie* :Permis de conduite : OUI □  NON □Véhicule : OUI □  NON □Mode de déplacement : Voiture □  bus □  vélo □  autres □…………………….Accompagné (e) : VSL □  taxi □  famille □Vie sociale : OUI □  NON □*Vous sentez-vous capable de faire seul(e) ?*Votre toilette : OUI □  NON □Votre ménage : OUI □  NON □Votre lessive : OUI □  NON □Vos repas : OUI □  NON □Vos achats/courses : OUI □  NON □Vos démarches administratives : OUI □  NON □Vos autres difficultés dans la vie quotidienne : ……………………………………………………………………………………………………………………………………... |
| *Traitement médicamenteux*: OUI □  NON □Modalité de prise :Prise : matin □ midi □ soir □ coucher □ |
| *Avez-vous difficultés avec votre traitement ?* |
| *Prise en charge actuelle* :CMP □  CATTP □  Hôpital de jour □ ; suivi psychologique □Fréquence :  |
| *Estimez-vous être stabilisé ?* : OUI □  NON □Depuis le : |
| *Projets médico-sociaux* : Autres projets : |
| *Date* :*Signature :* |



**FICHE COMPLEMTAIRE - AVIS AIDANT(S)**

Concerne : ………………………………………………………………….

Aidant familial : OUI □  NON □  Lien de parenté : ………………..

Aidant professionnel : OUI □  NON □

Travailleur social □ Psychologue □ Soignant □ Tuteur □

Accompagnant depuis : ……………………………….

Vos coordonnées………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….

Téléphone : ……………………..

Courriel : …………………………

*Avez-vous connaissance d’addictions*

Tabac : OUI □  NON □  Importance : forte □ moyenne □ faible □

Alcool : OUI □  NON □  Importance : forte □ moyenne □ faible □

Cannabis : OUI □  NON □  Importance : forte □ moyenne □ faible □

Jeux : OUI □  NON □  Importance : forte □ moyenne □ faible □

Autres : OUI □  NON □  Laquelle :……………………..

*Avez-vous connaissance de difficultés concernant :*

Ses déplacements en bus : OUI □  NON □

Se repérer en ville : OUI □  NON □

Du lien avec les autres : OUI □  NON □

Vivre en collectivité : OUI □  NON □

Du lien avec le soin : OUI □  NON

*Avez-vous connaissance de difficultés concernant :*

La toilette : OUI □  NON □

Le ménage : OUI □  NON □

La lessive : OUI □  NON □

Les repas : OUI □  NON □

La gestion de son argent : OUI □  NON □

Les achats/courses : OUI □  NON □

Les démarches administratives : OUI □  NON □

D’autres difficultés dans la vie quotidienne : …………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Fait, le

Signature