

# DOSSIER D'ADMISSION MARPA DU PAYS D'URFE

## Données Générales

### Vos coordonnées :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### Vous êtes :

Célibataire       Marié(e)       Divorcé(e)       Vie maritale

Veuf (ve) Date du décès du conjoint : \_\_\_\_\_

### Vous arrivez :

De votre domicile

D'un autre établissement

D'un hôpital

Préciser le nom et l'adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Commune d'exercice : \_\_\_\_\_

### Dans le cas où vous n'êtes pas le ou la future résident(e) merci de préciser votre identité :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne concernée : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

La personne concernée est-elle informée de la demande ? :  oui  non

Depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_

### Vos caisses de retraite

Nom de la caisse :	Montant perçu (€) /mois
Retraite principale :	
Retraites complémentaires Et autres :	

### Vos aides financières

**Bénéficiez-vous actuellement d'une aide financière ?**

Allocation Logement ou A.P.L.

Montant : \_\_\_\_\_

N° allocataire : \_\_\_\_\_

Aide Sociale

Montant : \_\_\_\_\_

A.P.A. (*joindre copie de la notification du Conseil Général*)

GIR : \_\_\_\_\_

**Si vous n'avez pas fait l'objet d'une évaluation AGGIR, merci de faire remplir la grille AGGIR jointe au dossier à votre médecin.**

Caisse de retraite \_\_\_\_\_

Montant : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Montant : \_\_\_\_\_

## Votre situation sociale

---

Caisse d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Êtes-vous pris en charge à 100% : · OUI · NON

Complémentaire maladie : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Vous bénéficiez d'une protection juridique :

Non       En cours       Oui Laquelle ? :

Tutelle       Curatelle       Mandat spécial       Sauvegarde de justice

Coordonnées de la personne qui assure la protection juridique (nom-prénom, adresse, téléphone) : \_\_\_\_\_

## Votre habitation actuelle

---

Vous vivez :  Seul     En famille     Autre : \_\_\_\_\_

Habitez-vous loin des commerçants :  Oui  Non

Vous êtes :

Propriétaire       Locataire       Hébergé par la famille

Votre logement est :

Un Appartement     Une maison individuelle

Description générale :

Rez de chaussée     Etage       Ascenseur

Baignoire     Douche

## Existence d'un soutien à domicile

---

(Préciser le nom de l'intervenant, le nombre d'heures réalisées, la fréquence des interventions)

Famille \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aide-ménagère (*chèque emploi service*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auxiliaire de vie (*association d'aide à domicile*) \_\_\_\_\_

-----  
 SSIAD\_-----  
-----

-----  
 Cabinet infirmier\_-----  
-----

**Avez-vous des difficultés dans la vie quotidienne ? Si oui lesquelles ?**

-----  
-----  
-----

**Etes-vous porteur d'un handicap ? si oui, lequel ?**

-----  
-----

**Avez-vous des allergies ou un régime particulier ?**

-----  
-----

### Les personnes à contacter

---

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Adresse mail	Lien de parenté

## Vos souhaits

---

**Quel type de logement souhaiteriez-vous intégrer :** (les classer de 1 à 3 par ordre de préférence)

T1 studio

T1 2 pièce

T2

**A quelle période souhaiteriez-vous intégrer la MARPA ?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Quelles sont vos motivations pour entrée à la MARPA du Pays d'Urfé ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DOCUMENTS A FOURNIR

---

- ▶ Une photocopie du livret de famille ou de la carte d'identité
- ▶ Une photocopie de la carte vitale
- ▶ Une photocopie de la carte d'assurance complémentaire

Pour une estimation prévisionnelle des charges :

- ▶ Une photocopie du dernier avis d'imposition
- ▶ Une photocopie des titres de retraites
- ▶ Une attestation à compléter par le médecin traitant (si vous n'avez pas d'évaluation GIR)

*Le dossier est à retourner à l'adresse figurant ci-dessous :*

Marpa du Pays d'Urfé  
56 rue des Fontanettes  
42430 Saint Romain D'Urfé

**J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.**

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**Signature :**

## BILAN D'AUTONOMIE

### A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN

LA PERSONNE CONCERNEE PEUT-ELLE :	Facilement	Avec difficultés	Pas du tout
Communiquer			
Se repérer dans le temps			
Se repérer dans l'espace			
Faire sa toilette			
S'habiller			
Manger			
Se servir à table			
Se déplacer à l'intérieur de la MARPA			
Se déplacer dans son logement			
Se déplacer aux abords de la MARPA			
Eliminer			
Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme, téléalarme			
Gérer son traitement médical			
Faire le ménage courant			
Entretien du linge			

**Médecin traitant** (nom, date, signature) :