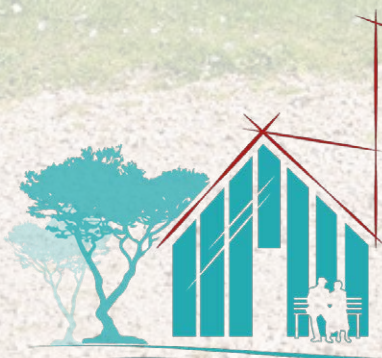


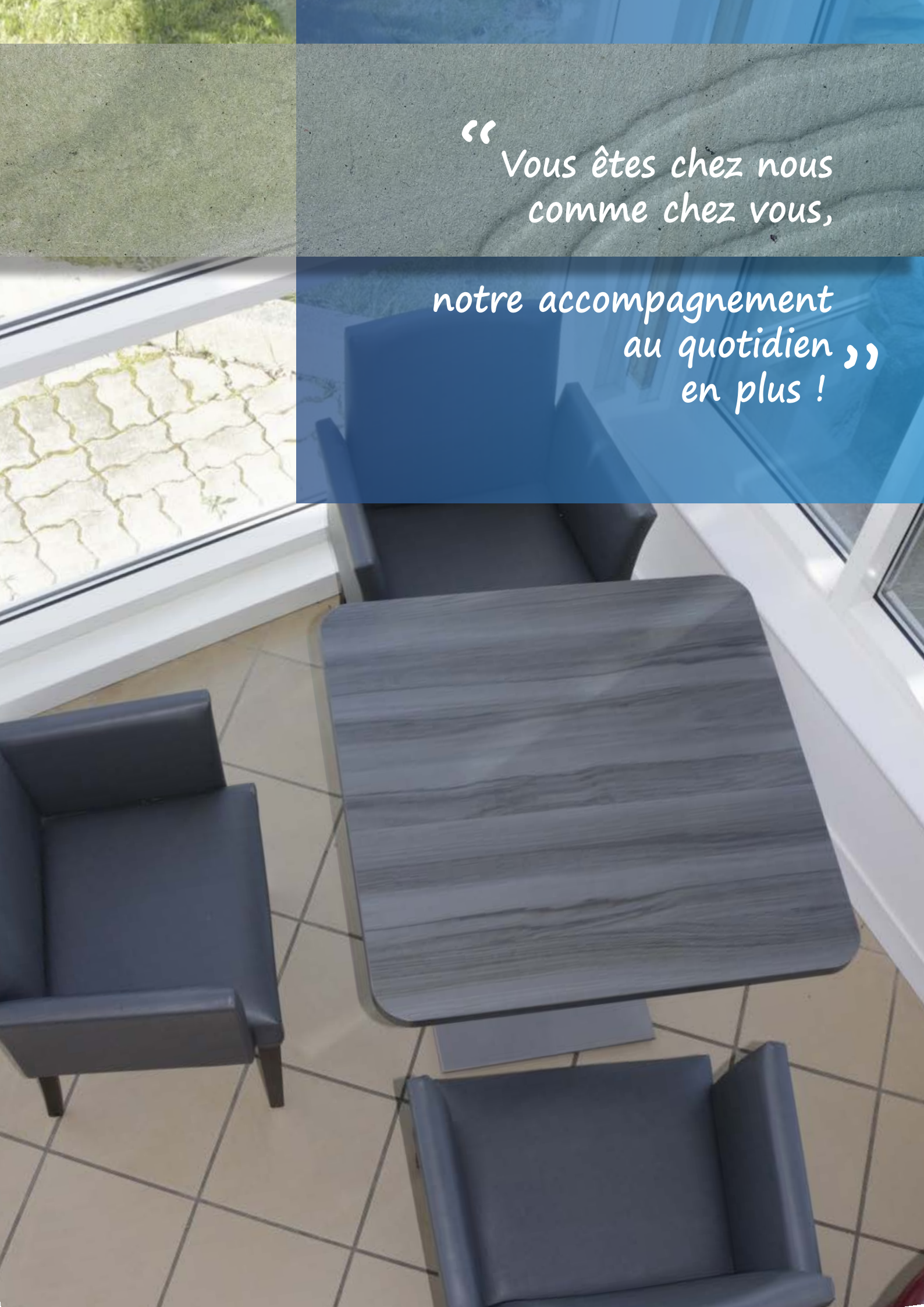


Résidence
Autonomie

Ti Langastel - Trégastel

“ Vous êtes chez nous
comme chez vous,

notre accompagnement
au quotidien ,,
en plus !



FICHE D'ADMISSION

ETAT CIVIL

NOM - Prénom :

NOM de jeune fille :

Date et lieu de naissance : / / -

Situation de famille : ☐ Célibataire

☐ Marié(e)

☐ Veuf(ve) depuis le / /

☐ Divorcé(e) depuis le / /

Activité antérieure à la retraite :

Adresse résidence principale :

COUVERTURE SOCIALE

Caisse d'assurance maladie :

Adresse :

N° d'immatriculation :

Mutuelle : ☐ Non ☐ Oui

Nom Mutuelle :

Adresse Mutuelle :

N° d'Adhérent

CMU ☐ Non ☐ Oui

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION

RESSOURCES

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjours ?

Seule : ☐

Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers : ☐

Caisse versant la principale pension :

Fond National de Solidarité : ☐ Non ☐ Oui

Allocation repas : ☐ Non ☐ Oui

APA : ☐ Non ☐ Oui

si Oui date d'attribution : / /

APL : ☐ Non ☐ Oui

si Oui, date de la demande : / /

Date d'attribution : / /

MESURES DE PROTECTION BIEN / PERSONNE

Curatelle / Tutelle : ☐ Non ☐ Oui

si Oui, date de la demande : / /

date du jugement * : / /

*** Copie du jugement à fournir**

Coordonnée(s)

du(des) curateur(s)

ou du(des) tuteur(s) :

NOM :

Prénom :

Adresse :

NOM :

Prénom :

Adresse :

DISPOSITIONS TESTAMENTAIRES

☐ Non ☐ Oui, précisez :

PERSONNE DE CONFIANCE A CONTACTER EN PRIORITE

NOM - Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphones				
			Dom.	/	/	/	/
			Trav.	/	/	/	/
			Port.	/	/	/	/

RESEAU DE PROXIMITE

NOM - Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphones					Email
			Dom.	/	/	/	/	
			Trav.	/	/	/	/	
			Port.	/	/	/	/	
			Dom.	/	/	/	/	
			Trav.	/	/	/	/	
			Port.	/	/	/	/	
			Dom.	/	/	/	/	
			Trav.	/	/	/	/	
			Port.	/	/	/	/	

SERVICES DE SANTE

Services	NOM	Ville	Téléphones				
Médecin			/	/	/	/	/
Infirmier(e)			/	/	/	/	/
Kinésithérapeute			/	/	/	/	/
Pharmacie			/	/	/	/	/
Laboratoire			/	/	/	/	/
Hôpital			/	/	/	/	/
Clinique			/	/	/	/	/

HABITUDES DE VIE

GRILLE D'AUTONOMIE

> complétée par votre médecin

NOM - Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Lieu et condition de vie actuels :

Téléphone du demandeur : / / / /

Téléphone d'un proche : / / / /

		A = Fait seul(e)	B = Fait partiellement	C = Ne fait pas
Cohérence				
Orientation				
Toilette	haut			
	moyen			
	bas			
Habillage	haut			
	moyen			
	bas			
Alimentation	se servir			
	manger			
Hygiène personnelle	urinaire			
	anale			
Déplacements	transfert			
	intérieur			
	extérieur			
Prévenir				

GIR :

Médecin :

Téléphone : / / / /

Fait à :

Date : / /

Cachet et signature :

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION

- ◇ - Notification d'octroi de l'APA à domicile
- ◇ - Une grille d'autonomie complétée par le médecin
- ◇ - Une fiche de renseignements
- ◇ - Une copie du livret de famille ou de la carte d'identité
- ◇ - Une copie de l'avis d'imposition ou de non imposition
- ◇ - Un certificat médical de non contagion et d'aptitude à la vie en collectivité
- ◇ - La copie de la Carte vitale
- ◇ - Les justificatifs des ressources (pension, CAF, ...)

DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les informations recueillies via le présent dossier de pré-inscription font l'objet d'un traitement des données à caractère personnel par le personnel habilité de la Résidence Autonomie Ti Langastel et du CCAS de Trégastel aux fins de gestion et suivi du dossier.

Les informations et les données font l'objet d'un traitement informatisé et sont conservées 24 mois. Au-delà de cette durée, certaines informations feront l'objet d'un archivage intermédiaire avant d'être supprimées ou de faire l'objet d'un archivage définitif, dans les conditions prévues par les dispositions relatives aux archives publiques.

Les destinataires des données sont les personnels habilités de la Résidence Autonomie Ti Langastel et du CCAS de Tregastel, les services du Trésor

Public, le cas échéant à l'assureur, aux autorités compétentes afin de répondre à ses obligations légales et réglementaires.

Conformément au Règlement général européen sur la protection des données (RGPD) et à la loi informatique et libertés modifiée, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, de limitation, au traitement de vos données.

Vous pouvez exercer ces droits auprès de Monsieur le Président par courrier postal à cette adresse : «Route de Lannion - 22730 Tregastel» ou par mail à cette adresse cil@cdg22.fr (délégué à la protection des données). Vous pouvez adresser toute réclamation auprès de la CNIL.

