

# DOSSIER de demande d'entrée en RÉSIDENCE SÈNIORS



villeurbanne

**CCAS-DIRECTION SENIORS ET LIENS INTERGENERATIONNELS**

Maison des Aînés

56, rue du 1<sup>er</sup> Mars 1943 (dans le parc des Droits de l'Homme)

69100 Villeurbanne.

Tél : 04 78 68 90 50 /seniors@mairie-villeurbanne.fr

Mail : [www.villeurbanne.fr/seniors](http://www.villeurbanne.fr/seniors)

# LES RESIDENCES MUNICIPALES,

## Chez soi et en compagnie

Vivre dans une résidence séniors offre des avantages, sur le plan pratique et humain : ouverture sur le quartier, proximité des commerces, présence d'une équipe soignante, gardiennage, petits travaux assurés, animations variées...

Une résidence séniors est un lieu d'habitation collectif avec des appartements individuels (T1 à T2) pour personnes en recherche de lien social.

Et surtout, rempart contre la solitude avec la liberté de choisir selon ses envies : être tranquille chez soi ou prendre ses repas en compagnie et partager des moments de loisirs avec ses voisins.

**1- Dépôt du dossier :**

La personne sollicitant une entrée en résidence pour personnes âgées autonomes, doit :

Soit envoyer, soit déposer ce dossier **complet** (accompagné des justificatifs) :

**CCAS –Direction séniors et liens intergénérationnels**

**Maison des aînés**

**56 rue du 1er Mars 1943**

**69100 Villeurbanne**

**Ou par mail : seniors@mairie-villeurbanne.fr**

- 2-** Une fois le dossier complet, une lettre d'accusé de réception du dossier complet, vous sera transmise.  
Votre candidature sera en liste d'attente sur le ou les établissement(s) demandé(s).
- 3-** Le volet médical est examiné par le médecin coordinateur.
- 4-** Si votre dossier médical se révèle compatible avec nos possibilités d'accueil et de services, une visite de pré-admission sera organisée par la résidence. Elle a lieu dans l'établissement avec le médecin coordonnateur accompagné de la direction de l'établissement. Elle vise à vérifier que la prise en charge proposée par l'établissement correspond bien à vos besoins.
- 5-** La direction de la résidence, prendra contact avec vous pour finaliser votre dossier et vous donnera la décision finale.

## Notice explicative

### **Public accueilli en résidence pour personnes âgées autonomes :**

Les résidences seniors sont ouvertes aux personnes âgées à partir de **60 ans qui sont autonomes**, ou de 57 à 60 ans, ayant une **dérogation d'âge délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)**.

Ce dossier comprend :

1. Les coordonnées des établissements proposés,
2. Un dossier administratif à remplir par la personne concernée ou toute personne habilitée à le faire (Proches, travailleur social, tuteur, etc...),
3. Une liste de justificatifs à fournir,
4. Un questionnaire médical à faire remplir par votre médecin traitant et à retourner sous pli fermé.

### **Habilitation à l'aide sociale à l'hébergement :**

Les résidences seniors sont habilitées à l'aide sociale à l'hébergement, une aide financière départementale. Ainsi les personnes disposant de petits revenus (dont les minima sociaux) pourront solliciter l'attribution de l'aide sociale à l'hébergement délivrée par la métropole de Lyon ou le conseil départemental du domicile.

De plus amples renseignements vous seront apportés au moment de votre entrée.

**CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE  
DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES (VOIR PAGE 5)**

EN CAS DE DOSSIER INCOMPLET VOTRE DEMANDE NE POURRA PAS ETRE PRISE EN COMPTE

## JUSTIFICATIFS À FOURNIR IMPERATIVEMENT

### CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFCATIVES SUIVANTES :

- Soit les justificatifs des pensions perçues sur une année (attestation de versement ou attestation fiscale des caisses de retraites), soit la déclaration d'impôts pré-remplie (complète),
- Justificatifs d'autres revenus réguliers,
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition (complet),
- Livret de famille (avec les feuilles relatives au mariage et aux enfants),
- Pièce d'identité (recto verso),
- Dernière quittance de loyer ou taxe foncière si vous êtes propriétaire,
- Attestation de sécurité sociale (ne pas transmettre la photocopie de la carte Vitale),
- Dernières ordonnances
- Si vous faites l'objet d'une mesure de tutelle ou de curatelle, justificatif de cette mesure
- Si vous percevez l'APA (**A**llocation **P**ersonnalis e d'**A**utonomie), copie du plan d'aide détaillé, qui vous a été adressé par la métropole ou le conseil départemental,
- Si vous êtes titulaire d'une CMI (**C**arte **M**obilit  **I**nclusion) mention Invalidité ou d'une carte d'invalidité, copie de la carte,
- Un relevé d'identité bancaire au format IBAN, en cas de souhait de prélèvement automatique,
- Le questionnaire médical (sous pli fermé, seul le médecin coordonnateur des résidences en prendra connaissance) rempli par votre médecin traitant.

**NE PAS TRANSMETTRE D'ORIGINAUX  
EN CAS DE DOSSIER INCOMPLET VOTRE DEMANDE NE POURRA PAS ETRE PRISE  
EN COMPTE**



#### Utilisation des données

Les informations personnelles requises dans ce formulaire vous sont demandées afin :

- ⇒ de pouvoir effectuer l'inscription au sein des résidences s niors municipales,
- ⇒ d'assurer le suivi administratif tout au long de votre séjour,
- ⇒ d'établir la facturation.

Elles peuvent également être utilisées pour vous transmettre des informations sur l'offre municipale à destination des s niors ou pour réaliser des statistiques internes afin d'améliorer notre offre.

Les informations relatives à votre santé sont recueillies dans le but de coordonner les soins pendant toute la durée de votre séjour. Elles font l'objet d'un traitement spécifique lié à leur confidentialité. Le CCAS est responsable de l'utilisation des informations personnelles recueillies dans ce formulaire d'inscription. Vous avez le droit d'en demander l'accès ou la rectification auprès de la Direction s niors et liens intergénérationnels, ou de vous opposer à leur utilisation pour motif légitime. Elles font l'objet d'un traitement informatisé et sont conservées le temps de la présence de la personne en résidence et au plus tard pendant 2 ans après son départ



**ccas** Centre communal d'action sociale  
**VILLEURBANNE**

56 rue du 1<sup>er</sup> Mars 1943  
69100 Villeurbanne  
Tél. : 04 78 68 90 50  
[seniors@mairie-villeurbanne.fr](mailto:seniors@mairie-villeurbanne.fr)

## DOSSIER ADMINISTRATIF

### ETAT CIVIL DE LA OU DES PERSONNE(S) SOUHAITANT ENTRER EN RESIDENCE

#### DEMANDEUR 1

Civilité :  Monsieur  Madame

Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
*(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : -----/-----/-----

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Pays ou département : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : -----/-----/-----/-----/-----/-----/-----

N° CAF : \_\_\_\_\_

#### DEMANDEUR 2 SI COUPLE :

Civilité :  Monsieur  Madame

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : -----/-----/-----

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Pays ou département : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : -----/-----/-----/-----/-----/-----/-----

N° CAF (si différent) : \_\_\_\_\_

Lien de parenté des demandeurs :

- Couple  Parents  Autre

**SITUATION FAMILIALE**

- Célibataire       Vit maritalement       Pacsé(e)       Marié(e)  
 Veuf (ve)       Séparé(e)       Divorcé(e)

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune/ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**MOTIF(S) DE VOTRE DEMANDE D'ENTREE SUR UNE RESIDENCE MUNICIPALE (FACULTATIF)**

- Rapprochement familial ou amical  
 Logement actuel inadapté  
 Isolement  
 Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date d'entrée souhaitée (sous réserve de disponibilité) : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu nos résidences ?

- Par bouche à oreille  
 Vous y déjeunez actuellement  
 Par la Maison des aînés  
 Par le site Internet de la Ville  
 Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





Etablissements CCAS choisis, par ordre de préférence (indiquer un numéro de 1 à 4 dans chaque case), si besoin rayez les résidences pour lesquels vous ne voulez pas de proposition.

Résidence Château Gaillard

Résidence Marx Dormoy

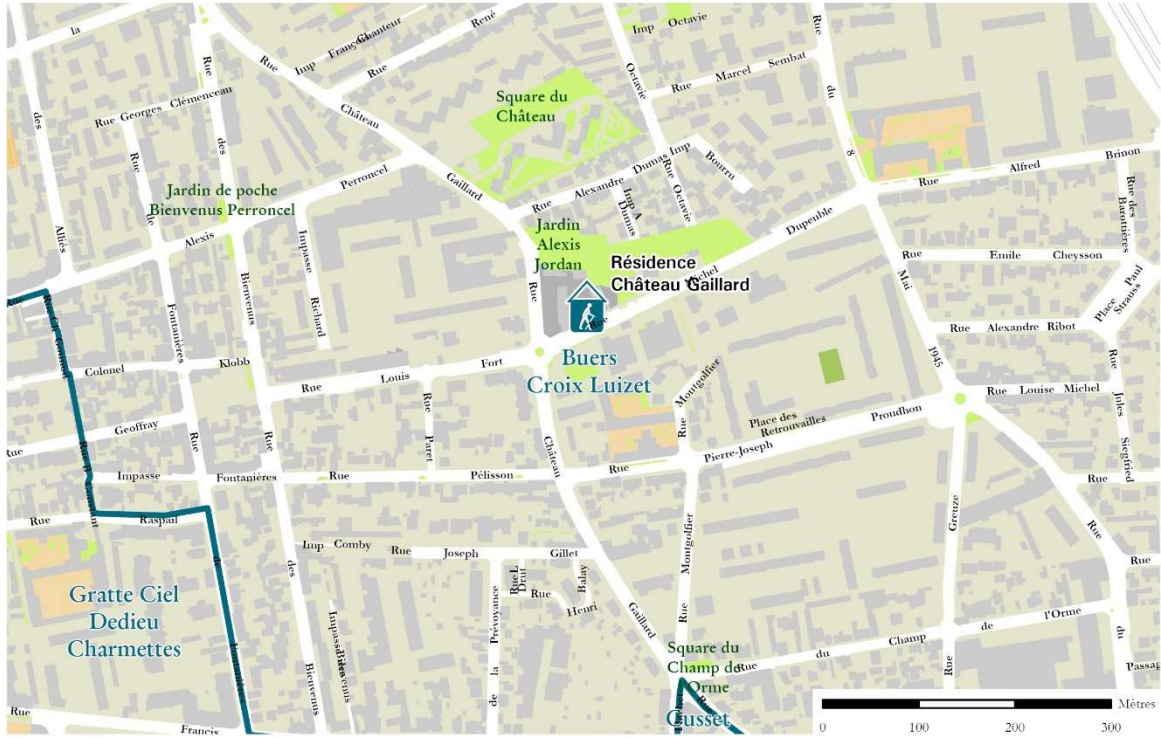
Résidence du Tonkin

Résidence Jean Jaurès

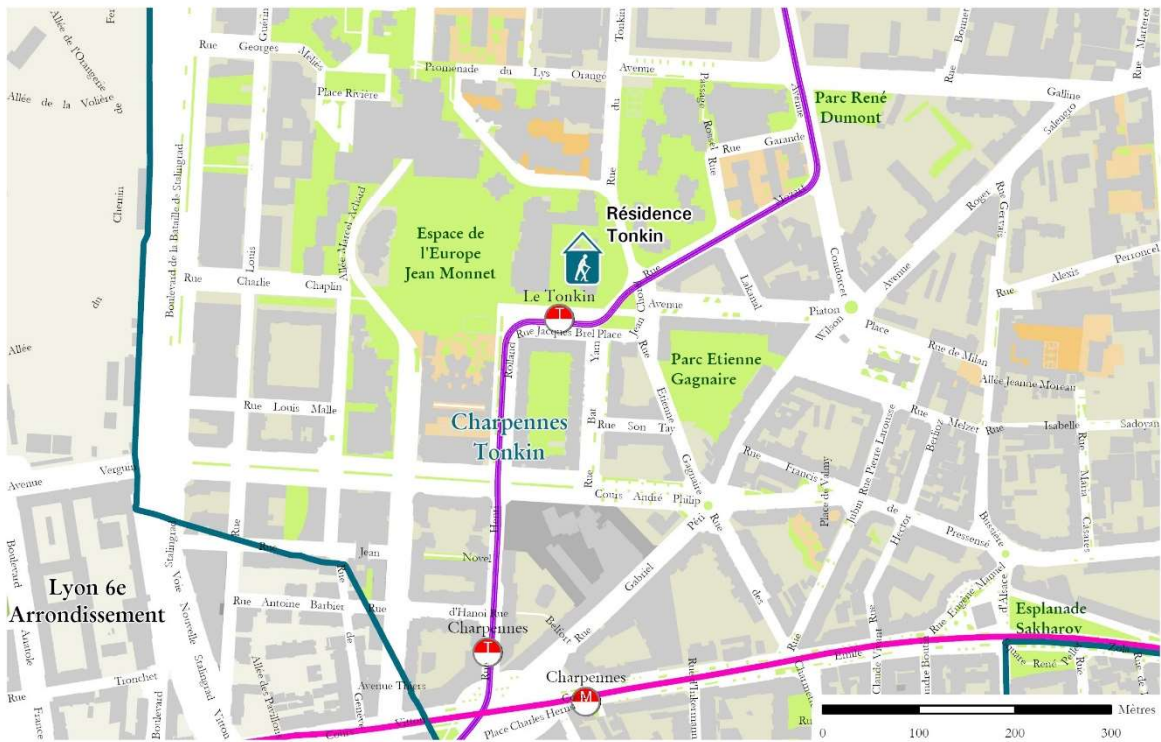


Nous vous invitons à visiter le ou les établissements de votre choix, préalablement au dépôt du dossier. Nous vous conseillons de prendre rendez-vous auprès de chaque résidence, afin que du personnel puisse se rendre disponible pour vous faire visiter les lieux.

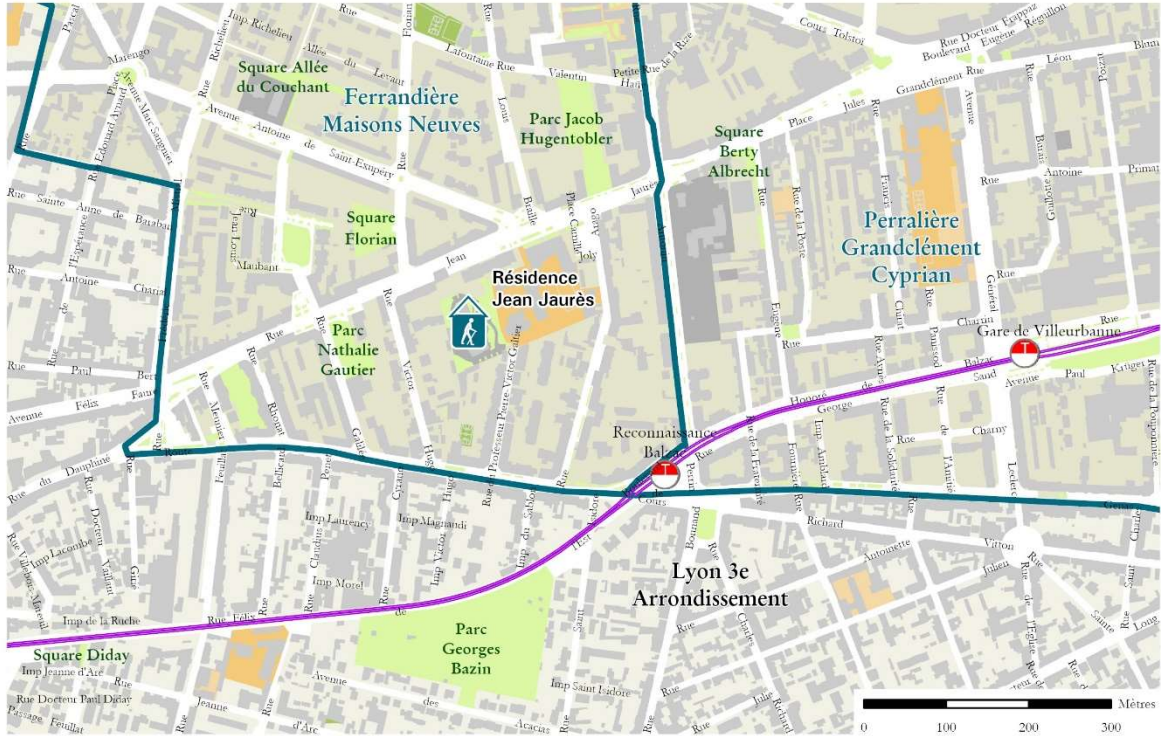
# Résidence Château Gaillard



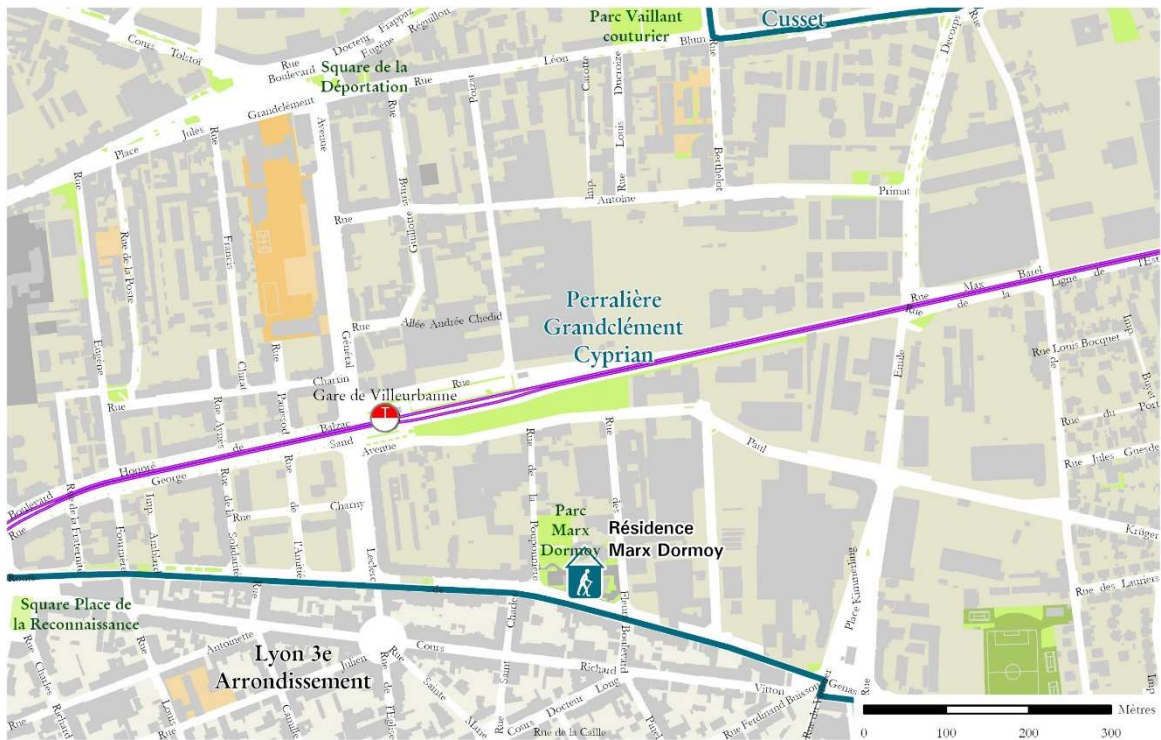
# Résidence Tonkin



# Résidence Jean Jaurès



# Résidence Marx Dormoy



## DECLARATION DE RESSOURCES

Veillez remplir les sommes que vous percevez réellement sur vos comptes  
Ces informations nous servent à vous accompagner pendant l'entrée en résidence. Elles n'ont pas d'impact sur la décision.

	MONTANT MENSUEL (en Euros)
<b>RETRAITE PRINCIPALE / PENSION DE REVERSION</b>	
CARSAT – MSA - Autres	
<b>RETRAITE COMPLEMENTAIRE / PENSION DE REVERSION</b>	
AGIRC-ARRCO - Autres	
<b>RENTES accident ou maladie</b>	
<b>AUTRES RESSOURCES</b> <i>précisez</i>	
<b>TOTAL RESSOURCES</b>	

## MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

oui  non  en cours

Si oui laquelle :

Sauvegarde de justice  Curatelle  Curatelle renforcée  
 Tutelle  Mandat de protection future

Si oui, coordonnées de la personne qui assure la protection juridique :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune/ville : \_\_\_\_\_

## AUTONOMIE

APA (**A**llocation **P**ersonnalis e d'**A**utonomie)

Percevez-vous une prestation :

Oui  non  en cours d'étude

Si oui : depuis quelle date : -----/-----/-----

Quel est le GIR (**G**roupe **I**so-**R**essources de 1 à 4) indiquée dans votre « plan d'aide » : \_\_\_\_\_

Si l'APA est versée transmettre **impérativement le plan d'aide détaillée**.

## Carte Mobilité Inclusion (CMI)

Disposez-vous d'une CMI « Invalidité ou carte d'invalidité » ?

Oui  non

## MDPH

Avez-vous un dossier MDPH ?

Oui  non

Si oui, numéro de référencement : .....

## SIGNATURES

---



Précédée de la mention manuscrite :

« Lu et approuvé »

Date -----/-----/-----

De là ou des personne(s) concernée(s) par cette demande :

De la personne ayant rempli le dossier :



### Maison des aînés

56 rue du 1er Mars 1943

(Dans le parc des Droits de l'Homme)

69100 Villeurbanne. Tél. 04 78 68 90 50

[www.villeurbanne.fr/seniors](http://www.villeurbanne.fr/seniors)  
[seniors@mairie-villeurbanne.fr](mailto:seniors@mairie-villeurbanne.fr)







# Questionnaire médical en vue d'une admission en résidence autonomie à Villeurbanne

## Confidentiel

Madame, Monsieur,

Votre patient (e) a fait une demande pour entrer en résidence autonomie sur la commune de Villeurbanne. Pour cette raison, le médecin coordonnateur de la collectivité doit disposer d'éléments afin de déterminer si son état est compatible avec une vie en établissement non médicalisé.

Dans le but d'aider à la prise de décision médicale, nous vous demandons de remplir ce document indispensable à la procédure d'admission.

Nous vous proposons d'adresser ce document au médecin en charge des résidences autonomies du Centre Communal d'Action Sociale de Villeurbanne **sous pli confidentiel**.

Votre patient(e) devra apporter ses dernières ordonnances comme complément d'informations lors de la visite de pré-admission.

Le Centre communal d'Action Sociale de Villeurbanne s'engage à ce que la collecte et le traitement de données à caractère personnel soient conformes à la réglementation en matière de données à caractère personnel et notamment au Règlement européen sur la protection des données (RGPD) n°2016-679 du 27/04/2016 et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Les données sont collectées pour la gestion des admissions en résidence autonome. Ces données confidentielles sont à l'usage exclusif du personnel habilité, elles seront conservées le temps nécessaire à l'instruction du dossier. Le Centre communal d'Action Sociale s'engage à prendre toute précaution pour préserver la confidentialité et la sécurité des informations nominatives et de santé qui lui sont confiées, ainsi qu'à respecter la vie privée de votre patient(e).

La direction seniors et liens intergénérationnels du Centre Communal d'Action Sociale de Villeurbanne vous remercie par avance pour votre aide et espère que votre patient(e) pourra s'épanouir au sein de ses structures.

*Nom et signature du médecin ayant complété le dossier.*

**Date :**

**ELEMENTS DE SANTE GENERAUX**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Allergie(s) connue(s) :**

.....  
.....

**Antécédents chirurgicaux :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Antécédents médicaux et pathologie actuelle :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Présente t-il (ou elle) une pathologie contagieuse ?**

.....  
.....  
.....

**Hospitalisations récentes :**

**Nom des hôpitaux, dates et raisons des hospitalisations :**

.....  
.....  
.....

## AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

### DONNES SUR L'AUTONOMIE

		A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>	Précisions
<b>Transfert</b>					
<b>Déplacements</b>	A L'intérieur				Peut-il/elle descendre et monter seul-e une dizaine de marche d'escaliers ?
	A L'extérieur				S'il/elle ne peut pas sortir seul-e à l'extérieur, pour quelles raisons ?
<b>Toilette</b>	Haut				
	Bas				
<b>Elimination</b>	Urinaire				En cas d'incontinence, gère t-il/elle seul-e ses problèmes ?
	Fecale				
<b>Habillage</b>	Haut				
	Bas				
	Moyen				

<sup>1</sup> A : fait seul les actes quotidiens : spontanément et totalement, et habituellement, et correctement

<sup>2</sup> B : fait partiellement : non spontanément et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement

<sup>3</sup> C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

<b>Alimentation</b>	Se servir				
	Manger				
<b>Orientation</b>	Temps				A-t-il (elle) des problèmes cognitifs (mémoire, orientation temporo-spatiale, langage, praxies) ? Si oui lesquels ?
	Espace				
<b>Communication pour alerter</b>					
<b>Cohérence</b>					A-t-il (elle) déjà eu un bilan neuro-cognitif ? Si oui, quel diagnostic a été porté ?

Nécessite-t-il (elle) une aide pour la toilette, l'habillement, la prise médicamenteuse ou pour d'autres activités de la vie quotidienne ?

OUI       NON

Si oui, pour quelles raisons ?.....  
 .....

Quelles sont actuellement les aides professionnelles au domicile :

- Aide-ménagère
- Auxiliaire de vie
- Infirmière
- Autres : .....

Peut-il (elle) fréquenter un restaurant de collectivité ?

OUI       NON

Nécessite-t-il (elle) un régime ?

OUI

NON

Si oui, lequel ? .....

.....

## **SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX**

Types	Oui	Non	Précisions
Idées délirantes			
Hallucinations			
Agitation, agressivité (cris...)			
Dépression			
Anxiété			
Apathie			
Désinhibition			
Comportements moteurs aberrants			
Troubles du sommeil			

A-t-il (elle) été hospitalisé (e) pour une pathologie psychiatrique ?

OUI

NON

Lieu et date de cette hospitalisation .....

.....

Suivi actuel par :

Centre Médico Psychologique

Médecin Psychiatre

**CONDUITES A RISQUE**

Types	Oui	Non	Précisions
Alcool			
Tabac			
Sevrage			

**Dossier vu par le médecin :**

Admission

Refus

**Commentaires :**

**Nom + signature du médecin coordonnateur :**

**Date :**