



## DOSSIER ADMINISTRATIF

Nom et Prénom : .....

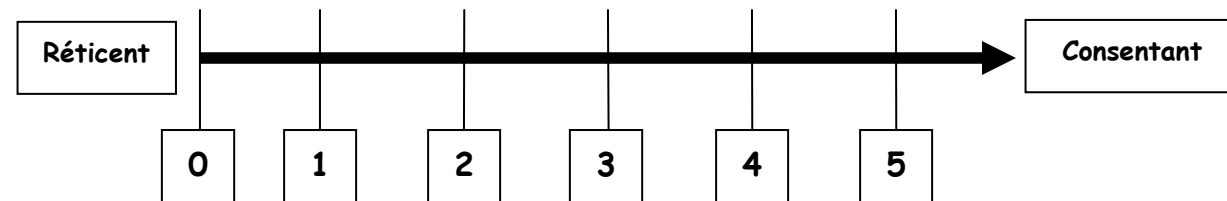
Nom de jeune fille : ..... Nbre enfant : .....

Né(e) le : ..... A : .....

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

La personne est-elle informée du futur placement ?  Oui  Non

Si Oui, la personne consent-elle au futur placement ? Cochez une valeur entre 0 et 5 dans la grille ci-dessous.



Domicile déclaré : .....

Ancienne profession : ..... Culte (facultatif) : .....

Dernières volontés : .....

Lieu d'inhumation : .....

Pompes funèbres : .....

Organisme de sécurité sociale : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Mutuelle (Nom et numéro) : .....

Type de chambre souhaitée (Selon disponibilité) :  1 lit  2 lits  Indifférent

Service type « Alzheimer » souhaité  Oui  Non

Choix du médecin traitant :  Dr BACHARD  Dr BOUDON  
 Dr CHEVALIER  Dr LANGE  
 Dr PERLES  Dr THIEBAUD  
 Au choix de la Fondation

L'intéressé(e) est-il (elle) placé(e) sous un régime de protection ? :  Oui  Non  En cours

Si oui, lequel ? :  Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de Justice

Organisme de Protection (Nom - Adresse - Téléphone) : .....

Personne(s) de confiance : .....

Autre(s) personne(s) à prévenir : .....

### PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEBERGEMENT

L'intéressé(e) ou ses obligés alimentaires sont-ils en mesure et s'engagent-ils à régler les frais d'hébergement ? .....  Oui  Non

Un dossier d'aide sociale a-t-il été déposé ? .....  Oui  Non

### PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT

- Dossier administratif (*imprimé joint*)
- Renseignements médicaux (*imprimé joint*)
- Bilan dentaire (*imprimé joint*)
- Attestation de Sécurité Sociale
- Attestation de mutuelle
- Avis d'Imposition ou Non Imposition
- Demande de Prélèvement Automatique (*imprimé joint*)
- Copie du Livret de famille ou Extrait de Naissance
- Engagement de Payer (*imprimés joint*)
- Obligés alimentaires (*imprimé joint*)
- Déclaration de ressources
- Justificatifs des ressources
- Relevé d'Identité Bancaire

### PIECES A JOINDRE EVENTUELLEMENT

- Demande d'Aide Sociale
- Jugement Tutelle

Fait à ..... Le .....

Signature du déclarant ou de son représentant légal,