

COMPLEMENT du DOSSIER ADMINISTRATIF NATIONAL

Organisme de sécurité sociale :

Mutuelle Oui Non (Si oui, Nom et numéro) :

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

Service UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) « Alzheimer » souhaité Oui Non

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

Autre(s) personne(s) à prévenir hors référent et personne de confiance :

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

Ancienne profession : Culte (facultatif) :

Dernières volontés :

Lieu d'inhumation :

Pompes funèbres :

Notaire chargé de la succession :

PIECES A JOINDRE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dossier Administratif National (Cerfa 14732*01) | <input type="checkbox"/> Complément Dossier Administratif |
| <input type="checkbox"/> Complément dossier médical | <input type="checkbox"/> Bilan dentaire (imprimé joint) |
| <input type="checkbox"/> Attestation de Sécurité Sociale | <input type="checkbox"/> Attestation de Mutuelle |
| <input type="checkbox"/> Obligés alimentaires (imprimé joint) | <input type="checkbox"/> Engagement(s) de Payer (Un imprimé par enfant) |
| <input type="checkbox"/> Copie du Livret de famille ou extrait de Naissance | <input type="checkbox"/> Attestation de Responsabilité Civile |
| <input type="checkbox"/> Déclaration de ressources (imprimé joint) | <input type="checkbox"/> Avis d'Imposition ou Non-Imposition |
| <input type="checkbox"/> Justificatifs des ressources et placement(s) | <input type="checkbox"/> Copie recto-verso de la Carte d'Identité |
| <input type="checkbox"/> Relevé d'Identité Bancaire | <input type="checkbox"/> Mandat de Prélèvement SEPA (imprimé signé) |
| <input type="checkbox"/> Demande d'Aide Sociale | <input type="checkbox"/> Jugement de Tutelle ou curatelle |

Fait à

Le

Signature du déclarant ou de
son représentant légal,