Demande de logement en Résidences Seniors

DOSSIER D'ADMISSION

NOTICE EXPLICATIVE

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

Ce dossier comprend :

1. un dossier administratif à remplir par la personne concernée ou toute personne habilitée à le faire (proches, travailleur social, tuteur, etc…),
2. Un certificat médical (à faire remplir par le médecin traitant)
3. Un pré-engagement de règlement des frais de séjour

Il doit être complété et accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Un justificatif d'état civil.
- Une photocopie des attestations annuelles des revenus fournies par les différentes caisses de retraite pour la déclaration de revenus.
- Un avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu.
- Talon d'allocation logement ou numéro d'allocataire à la CAF.
- Une photocopie du livret de famille.
- Une photocopie de l'attestation carte vitale
- Une photocopie de la carte mutuelle

Les résidences autonomie seniors sont habilitées :

- à l'aide Personnalisée au Logement (APL) attribuée par la CAF
- à l'aide sociale à l'hébergement délivrée par la Métropole de Lyon ou le conseil départemental du domicile de secours. De plus amples renseignements vous seront apportés au moment de votre entrée.

En cas de dossier incomplet, votre demande ne pourra pas être prise en compte.

Le dossier complet est à adresser

- par courrier à CCAS de Lyon – Service Gérontologie—69205 Lyon cedex 01
- ou par mail à : CCASadmissionresidence@mairie-lyon.fr

VILLE DE LYON | Centre Communal d'Action Sociale
SERVICE GERONTOLOGIE

PRE-ENGAGEMENT DE REGLEMENT DES FRAIS DE SEJOUR
(EN VUE DE L'ADMISSION EN RESIDENCE SENIORS)

Je soussigné(e) *.....
.....

sollicitant une admission à la résidence .....

déclare envisager de :
(cocher la case utile)

- régler intégralement le montant de mes frais de séjour sans demander une participation à mes débiteurs alimentaires ☐

- régler mes frais de séjour avec une participation de mes débiteurs alimentaires ☐

- solliciter le bénéfice de l'aide sociale et fournir tous les justificatifs nécessaires à la constitution du dossier ☐

A Lyon, le

Signature du futur résident
ou de son représentant

* Pour un couple, préciser l'identité de chacun

VILLE DE LYON | Centre Communal d'Action Sociale
SERVICE GERONTOLOGIE

DEMANDE DE LOGEMENT – RESIDENCES AUTONOMIE SENIORS

CCAS – Ville de Lyon – 69205 Lyon cedex 01
Tél : 04.26.99.66.11 ou 66.12

DEMANDE POUR LA RESIDENCE (*à remplir par le service gérontologie*):
DATE D'ENTREE SOUHAITEE :

- Nom - Prénom :
- Nom de jeune fille :
- Date et lieu de naissance :
- Adresse actuelle et téléphone :
- Profession antérieure :

ETAT CIVIL

- Marié : ☐ Depuis le :

Conjoint
Nom - Prénom du conjoint :
Nom de jeune fille :
Date et lieu de naissance :
Profession antérieure :

- Veuf (ve) : ☐ Depuis le :
- Divorcé(e) : ☐ Depuis le :
- Célibataire : ☐
- Autre (à préciser) : ☐

PERSONNES A CONTACTER

Nom - Prénom	Adresse – Téléphone	Lien de parenté
▪.....		
▪.....		
▪.....		

COMPOSITION DU LOGEMENT ACTUEL

- Type :
- Locataire : ☐
- Montant du loyer :
- Propriétaire : ☐
- Résidences pour personnes âgées : ☐
- Occupant à titre gratuit (à préciser) : ☐
- Autres (à préciser) :☐

MOTIF DE LA DEMANDE

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

Veuillez compléter les informations suivantes le plus précisément possible en fonction de votre situation. **Des justificatifs doivent être fournis pour les critères marqués d'un « * ». Sans justificatif ces critères d'urgence ne seront pas pris en compte.**
Les justificatifs peuvent être une copie de la fiche d'imposition, d'une pièce d'identité, de l'acte de divorce ou de décès, un justificatif de domicile, un courrier d'un médecin, d'une assistante sociale, d'un proche, du propriétaire du logement actuel, une attestation sur l'honneur, un dépôt de plainte ou tout autre écrit justifiant de la situation.

1. Situation géographique :

- J'habite à Lyon ou j'ai des proches sur Lyon* ☐
- J'ai habité à Lyon ☐
- Je n'habite pas à Lyon et je n'ai jamais habité à Lyon ☐

Lyon correspond à la ville de Lyon exclusivement.
Les proches sont : les enfants si la personne en a, les frères, sœurs, neveux, nièces si elle n'a pas d'enfants. Si la personne n'a pas de famille, ceux sont les filleuls, amis….

2. Environnement familial et social :

- J'ai perdu mon conjoint ou mon aidant au cours de l'année passée* ☐
- J'ai divorcé ou me suis séparé(e) au cours de l'année passée* ☐
- Je vis chez un proche (famille ou ami)* ☐
- Je me sens seul(e) et souhaite plus de compagnie ☐
- Je suis Sans Domicile Fixe ou je cours un risque avéré de perte du logement (expulsion, destruction du logement….)* ☐
- Je sors d'hospitalisation sans aucune possibilité de retour à domicile ou de relogement* ☐

- J'ai besoin d'un logement accessible à l'aide sociale pour des raisons financières (revenus trop faibles, surendettement….)* ☐

- J'ai été victime d'une agression et recherche donc plus de sécurité* ☐

- J'ai un handicap justifiant un environnement sécurisant * ☐

- J'ai été victime de maltraitance physique ou psychologique* ☐

3. <u>Logement :</u>

- Accessibilité difficile (logement en étage sans ascenseur, logement non adapté…) ☐

- Inconfort (pas de sanitaire, pas de douche…), insalubrité du logement* ☐

- Isolement urbain (commerces et transports éloignés) ☐

- Je me sentirais plus en sécurité en résidence ☐

<u>4. Revenus :</u>

- J'ai des revenus mensuels supérieurs à 1100 euros* ☐

- J'ai des revenus mensuels inférieurs à 1100 euros* ☐

A……..
Le, …….. Signature,

VILLE DE LYON | Centre Communal d'Action Sociale
Service Gérontologie

RESIDENCES AUTONOMIE SENIORS

CERTIFICAT MEDICAL POUR L'ADMISSION
(A faire remplir par le Médecin Traitant destiné au Médecin Référent de la Résidence)

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE ACTUELLE : .....

.....

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX :

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

……

……

……

……

ALLERGIES :

……

……

……

ETAT CLINIQUE ACTUEL :

- **Cardio-vasculaire** : T.A. : Fréquence cardiaque :

Troubles du rythme : Lequel ? Stimulateur cardiaque ?

Angor d'effort ? Angor de repos ?

Artérite ? Stade ? Périmètre de marche ?

Insuffisance veineuse ? Troubles trophiques ?

Autres :

- **Pneumologique** : Insuffisance respiratoire ?

Bronchite chronique ? Tabagisme ?

Autres :

- **Appareil digestif** : Etat dentaire ? Hernie Hiatale ?

Insuffisance hépatique ? Cirrhose ? Alcool ?

Colopathie ? Constipation ? Incontinence ?

Lithiase biliaire ? Hémorroïdes ?

Autres :

- **Appareil uro génitale** : Incontinence ? de repos ?

D'effort ?

Prostatisme ? Prolapsus

Lithiase urinaire ? IU récidivante ?

Autres :

- **Appareil locomoteur** : Arthrose ? Localisation ?

Rhumatismes ? Localisation ?

Prothèse ? Appareillage ? Canne ?

Autres :

- **Neurologique** : Trouble de la mémoire ? Désorientation ?

AVC ? Séquelles ?

Déficit moteur ? Chutes ?

Autres :

- **Psychologique :** Syndrome anxio dépressif ?

Troubles du sommeil ? Troubles relationnels ?

Autres :

- **Neuro-sensoriel** : Acuité visuelle ?

Corrigée T.B B P M

Glaucome ? Cataracte ?

Acuité auditive ? Corrigée T.B B P M

- **Bilan biologique datant de moins de 6 mois** :

Glycémie : Cholestérol : Créatinine :

NA : K : Acide urique : VS : Urée : NFP :

- **Radio pulmonaire datant de moins de 6 mois** :

- **Traitement actuel précis** :

- **Affections limitant l'autonomie** :

- **Vie Sociale** :

  - Sorties extérieures ? Seul (e) ? Accompagné (e) ?
  - Utilisation des transports en commun ?
  - Démarches administratives ?
  - Courses ?
  - Cuisine ?
  - Hygiène corporelle ? Seul (e) ? Aidé (e) ?
  - Vie relationnelle ? Sociabilité ?

Je soussigné Docteur ..... certifie que M.- Mme - Melle .....

n'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse ou mentale et que son état ne nécessite pas l'aide d'une tierce personne pour les actes quotidiens de la vie.

LYON, le

Tampon + Signature du médecin traitant :