

Dossier de demande d'admission

Résidence Autonomie pour Personnes Âgées Les Blés d'Or

Président : André SALOMÉ
Responsable : Myriame GILET

49 rue nationale
80400 Matigny
Tél. 03 22 87 29 74
marpa-matigny@orange.fr

www.marpa-matigny.fr



Les Blés d'or

49 rue nationale
80400 Matigny

Demande d'admission

Dossier à constituer en vue d'une entrée à la Marpa.

Liste des documents à fournir :

Imprimé de demande d'admission complété :

- Renseignements administratifs
- Certificat médical de bilan de santé complété par le médecin traitant, et comportant la liste des traitements et/ou médicaments en cours, sous pli confidentiel

Documents d'identité :

- Copie du livret de famille
- Copie de la carte d'identité

Éléments médicaux :

- Copie de l'attestation de sécurité sociale
- Copie de la carte Mutuelle
- Copie de la dernière ordonnance

Justificatifs de dépendance :

- Courrier d'APA (numéro d'aide, plan d'intervention, ...)
- Carte d'invalidité

Avis d'imposition ou de non imposition de l'année précédente.

Justificatifs des revenus perçus (fournir les attestations annuelles) :

Détailler les ressources et les charges mensuelles sur le dossier administratif.

- retraites principales et complémentaires
- 3 derniers relevés de compte bancaire (portant les pensions)
- fermages et revenus de placements et autres

Attestation de la CAF ou la MSA justifiant une aide au logement (numéro d'allocataire)

Une photo d'identité récente

Certificat du médecin traitant

Les Blés d'Or

Établir en vue d'une demande d'admission à la Maison d'Accueil de résidence pour l'Autonomie de Matigny (MARPA).

Je soussigné, Docteur
exerçant à :
Certifie que :
né(e) le :
domicilié(e) à :
a été examiné(e) le :

- à son domicile
- au cabinet médical
- à l'hôpital ou clinique de :
dans le service :
 - court séjour
 - service de soins de suite (convalescence)
 - maison de retraite (EHPAD)
 - unité de soins de longue durée (ex : Long-séjour)

Il en ressort que son état de santé est compatible avec l'hébergement en MARPA (petite unité de vie non médicalisée).

Inscrire les éventuelles réserves et problématiques décelées :

.....
.....

Préciser la liste des médicaments du traitement en cours :

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

Grille évaluation A.G.G.I.R

Fait seul(e) totalement, habituellement, correctement.	A
Fait partiellement.	B
Ne fait pas.	C

- COHÉRENCE**
Conserve et/ou se comporte de façon logique et sensé
- ORIENTATION**
Se repérer dans le temps, dans la journée et dans les lieux
- TOILETTE**
Assurer son hygiène corporelle
- HABILLAGE**
S'habiller, se déshabiller, se préparer
- ALIMENTATION**
Manger les aliments préparés
- ÉLIMINATION**
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
- DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR**
Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant
- DÉPLACEMENT EXTÉRIEUR**
À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport
- COMMUNICATION À DISTANCE**
Utiliser le moyen de communication : téléphone, alarme

COMPORTEMENT

Appréciation sur la capacité à vivre en collectivité (communication, attitude ...)

.....
.....

CONCLUSION sur les aides à apporter (techniques et humaines)

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

Le personnel de la MARPA est autorisé à la préparation et la distribution des médicaments :

- oui
- non

Date de la consultation :

Renseignements administratifs

Informations personnelles :

Nom :

Nom de Naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Code Postal et Ville :

Numéro de téléphone :

Situation familiale

Célibataire

Marié(e) ou vie maritale

Veuf(ve)

Séparé(e) ou divorcé(e)

Conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Mode de vie :

Seul(e)

En famille d'accueil

En famille d'accueil

En famille

En établissement

Ancienne profession :

Enfants :

Nom :

Coordonnées :

Informations financières :

Les retraites :

Caisse principale :

- Régime général
 MSA
 Autre
 à préciser :

Caisse(s) complémentaire(s) :

- CAMARCA
 CCPMA
 Caisse Industrie et Commerce
 CREPAC
 Caisse Artisanale
 CRIA-IRCA
 Caisse adhérents à l'ARCC
 AG2R
 Caisse Professions Libérales
 CPCEA
 Autres
 à préciser :

Bénéficiez-vous du Fonds National de Solidarité (FNS) ?:

- oui
 non

Bénéficiez-vous d'une aide au logement ?

- oui
 non
 Si oui, versé par :
 la CAF
 la MSA

Montant global des ressources mensuelles (à détailler) :

RETRAITES	N° DE RETRAITE	MONTANT MENSUEL
MSA		€
CRAM		€
Complémentaires		€
Allocation logement ou A.P.L		€
Montant total des revenus mensuels		€

	MONTANT À LA DATE DE LA DEMANDE	
Livret A		€
Codévi		€
Autres livrets		€
Rente viagère ou autre		€
Total		€

- Joindre un justificatif de l'aide au logement perçue (N° allocataire)
- Joindre une copie du dernier avis d'imposition
- Joindre une copie des justificatifs annuels des caisses de retraite

Informations de santé :

Régime de sécurité sociale :

- Régime général MSA
 Aide sociale Autre, à préciser :

Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% ?

- oui non

Êtes-vous suivi(e) médicalement ou pour une affection longue durée (ALD) ?

- oui non

Date début :

Avez-vous une couverture mutuelle pour la prise en charge de vos dépenses de santé ?

- oui non

Êtes-vous suivi(e) médicalement :

- | | par un médecin généraliste | par un spécialiste |
|------------------------|----------------------------|--------------------------|
| une fois par semaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| une fois par quinzaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| une fois par mois | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| une fois par trimestre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| occasionnellement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vous recevez des soins :

	Régulièrement	Occasionnellement	Jamais
Infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédicurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous utilisez du matériel ?

Canne	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>

Vous avez une prothèse ?

Auditive	<input type="checkbox"/>
Dentaire	<input type="checkbox"/>
Pace-maker
Autre

Vous avez besoin de l'aide d'une personne ?

oui

non

	1 fois / jour	2 fois / jour	3 fois / jour ou +
pour vous lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour votre toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour votre ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pour sortir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bénéficiez-vous de l'aide-ménagère pour les tâches domestiques ?

oui

non

Par quel intermédiaire :

Régime général

MSA

Autres caisse :

Préciser le nombre d'heures :

Bénéficiez-vous de :

l'Allocation Compensatrice à la Tierce Personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Montant mensuel perçu :

- Joindre un justificatif de l'aide perçue (N° de dossier ou N° d'aide)
- Fournir le plan d'aide (dans le cas où l'aide perçue est l'APA)

Informations sur vos liens familiaux et amicaux :

Entretenez-vous des liens avec :

	Téléphone	Visite
Vos enfants :		
au moins 1 fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au moins 1 fois par mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au moins 1 fois par saison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vos petits enfants :

au moins 1 fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au moins 1 fois par mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au moins 1 fois par saison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres personnes : (préciser le lien de parenté ou de relation :)

au moins 1 fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au moins 1 fois par mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au moins 1 fois par saison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Possédez-vous un animal de compagnie que vous souhaitez voir à vos côtés à la MARPA ?

oui non

Indiquez la race s'il s'agit d'un chien :

Joindre impérativement :

- Le certificat médical établi par votre médecin traitant, précisant vos pathologies en cours ainsi que vos antécédents (document à remettre sous enveloppe cachetée portant la mention «confidentiel médical»). Le médecin participant à la commission d'admission, prendra connaissance de ces éléments pour donner un avis médical quant à la recevabilité de la demande.
- L'ensemble des documents et justificatifs tels que la demandé sur la notice annexé.

J'atteste sur l'honneur, de l'exactitude des renseignements portés sur le présent questionnaire.

Fait à le