



Centre Communal d'Action Sociale
De Sainte-Maxime
**RÉSIDENCE AUTONOMIE « LES
TILLEULS »**

17 avenue Georges Pompidou - 83 120 Sainte-Maxime

Tél : 04 94 96 33 32 Fax : 04 94 56 77 67

E. mail : lestilleuls@ste-maxime.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS RELATIVE A UNE DEMANDE D'INSCRIPTION

Date de dépôt de la demande : - Copie carte d'identité

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date et lieu de naissance :

Situation de famille :

Depuis : Age :

Pour les couples, indiquer nom, prénom, date de naissance du conjoint :

Adresse complète :

- Propriétaire - Locataire Devenir du logement antérieur:

Téléphone :

Activités ou occupations au domicile actuel :

Animaux : Devenir
en cas d'entrée aux Tilleuls :

Type de logement souhaité : - Studio 20 m² - Studio 35 m²

Pour quelles raisons souhaitez-vous entrer aux Tilleuls ?

Percevez-vous l'A.P.A. (allocation personnalisé d'autonomie) : OUI
 NON

Avez-vous une aide-ménagère : OUI NON

TOURNEZ LA PAGE ➡

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION : NE PAS REMPLIR

Visite effectuée par le demandeur le : Reçu par :
Le : le :

Visite effectuée par des tiers le : le :

Renseignements pris par téléphone le : le :

Rappels téléphoniques le : le :

Situation financière : Hôte payant - complément des enfants - Aide sociale

NOTES PARTICULIÈRES :

ENFANTS OU AMIS A PREVENIR :

Nom- Prénom :
Lien de parenté :
Adresse :
Téléphone :

Nom- Prénom :
Lien de parenté :
Adresse :
Téléphone :

- Personne de confiance :
Nom- Prénom :
Lien de parenté :
Adresse :
Téléphone :

RETRAITES DIVERSES ET AUTRES RESSOURCES :

Veillez indiquer ci-dessous la nature et le montant de chacune de vos retraites et autres ressources (fournir obligatoirement tous les justificatifs(ou photocopie) : talon de mandats, avis de crédits, etc....

NATURE DES RESSOURCES	MONTANT MENSUEL
.....
.....
.....
.....
.....
	TOTAL :

Indiquez votre numéro de Sécurité Sociale :
Caisse d'affiliation S.S dont vous dépendez :
Indiquez le nom et numéro de votre mutuelle :

IMPORTANT

Cette fiche est à déposer à l'accueil accompagnée d'un certificat médical précisant : « **Apte à vivre en résidence autonomie, exempt de toute maladie contagieuse et ayant un niveau d'autonomie GIR ...** »

Par ailleurs, votre médecin traitant doit remplir le questionnaire AGGIR (évaluation de la dépendance) qui vous sera remis avec le présent document.

ATTENTION : Cette demande ne constitue qu'une préinscription sur la liste d'attente et ne confère aucun droit à attribution d'un logement.

Date :

Signature :