

DEMANDE D'ADMISSION

NOM : _____

PRENOM : _____

Cadre réservée à la commission d'admission.

AVIS DE LA COMMISSION :

Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
Résidence Les Lilas.



4 rue des Lilas
52320 FRONCLES

Communauté de communes du bassin de Bologne, Vignory, Froncles

 marpa.residenceleslilas@gmail.com

03 25 03 93 60

Votre situation actuelle

Votre logement actuel

Adresse _____

Vous êtes ?
Vous vivez ?

Propriétaire
 En maison

Locataire
 En appartement

Vos ressources

Caisses de retraite _____
Caisses de retraite complémentaire _____

Montant annuel global de vos revenus (dernière déclaration) _____

Bénéficiaire vous d'une mesure de protection ?

OUI

NON

Si oui, coordonnées de votre tuteur : _____

Vos coordonnées médicales

Numéro d'immatriculation de Sécurité Sociale _____
Caisse de rattachement _____
Assurance maladie complémentaire (mutuelle) _____

Professionnels du secteur sanitaire et social intervenant à votre domicile

Nom de votre médecin traitant _____

Coordonnées : _____

Autres professionnels du secteur médico-social qui interviennent à votre domicile :

| | Nom de l'intervenant ou de l'association intervenante | Prestations effectuées |
|-----------------------------|---|------------------------|
| Service d'aide à domicile | | |
| Infirmière | | |
| Kinésithérapeute | | |
| Soins Infirmiers à Domicile | | |
| Pédicure | | |
| Pharmacien | | |
| Autres intervenants | | |

**Evaluation
d'autonomie**

Etes-vous bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ? OUI NON

Si oui, quel est votre degré d'autonomie évalué ? GIR 1 GIR 2 GIR 3 GIR 4

Etes-vous bénéficiaire d'une aide de votre caisse de retraite pour l'intervention d'une aide à domicile ? OUI NON

Si oui, quel est votre degré d'autonomie évalué ? GIR 5 GIR 6

**Votre entrée à la
MARPA**

Pourquoi souhaitez- vous entrer à la MARPA ? _____

A quelle date envisagez-vous d'entrer à la MARPA ? _____

Type de logement souhaité ?

T1 bis

T2

Nom, adresse et téléphone de personnes à contacter (lien avec vous) _____

Fait à _____, le _____.

Signature du demandeur

Veillez renvoyer ce dossier avec les pièces jointes suivantes à :

Communauté de communes du bassin de Bologne, Vignory, Froncles
MARPA de Froncles
6, rue de la Marne
52310 VIEVILLE

PIECES A JOINDRE à cette demande :

- Copie de la carte nationale d'identité ou livret de famille
- Copie de l'attestation de carte vitale
- Justificatif de ressources (notification de retraite, pension, ...)
- Copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition
- Copie de l'ordonnance du juge des tutelles (si majeur protégé), si besoin
- Copie de la notification du Conseil Général de l'évaluation de l'autonomie (grille AGGIR)
- Avis du médecin traitant