

# DEMANDE D'ADMISSION

NOMS : \_\_\_\_\_

PRENOMS : \_\_\_\_\_

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](mailto: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

	Vous	Votre conjoint(e)
Caisses de retraite		
Caisses de retraite complémentaire		
Montant annuel global de vos revenus (dernière déclaration)		
Bénéficiaire vous d'une mesure de protection ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, coordonnées de votre tuteur		

### Vos coordonnées médicales

	Vous	Votre conjoint(e)
Numéro d'immatriculation de Sécurité Sociale		
Caisse de rattachement		
Assurance maladie complémentaire (mutuelle)		

## Pour vous :

### Professionnels du secteur sanitaire et social intervenant à votre domicile

	Vous
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

## Pour votre conjoint(e) :

### Professionnels du secteur sanitaire et social intervenant à votre domicile

	Vous
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 \_\_\_\_\_.

Signatures des demandeurs

Veillez renvoyer ce dossier avec les pièces jointes suivantes à :

---

**MARPA Résidence Les Lilas**  
**6, rue des Lilas**  
**52320 FRONCLES**

---

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