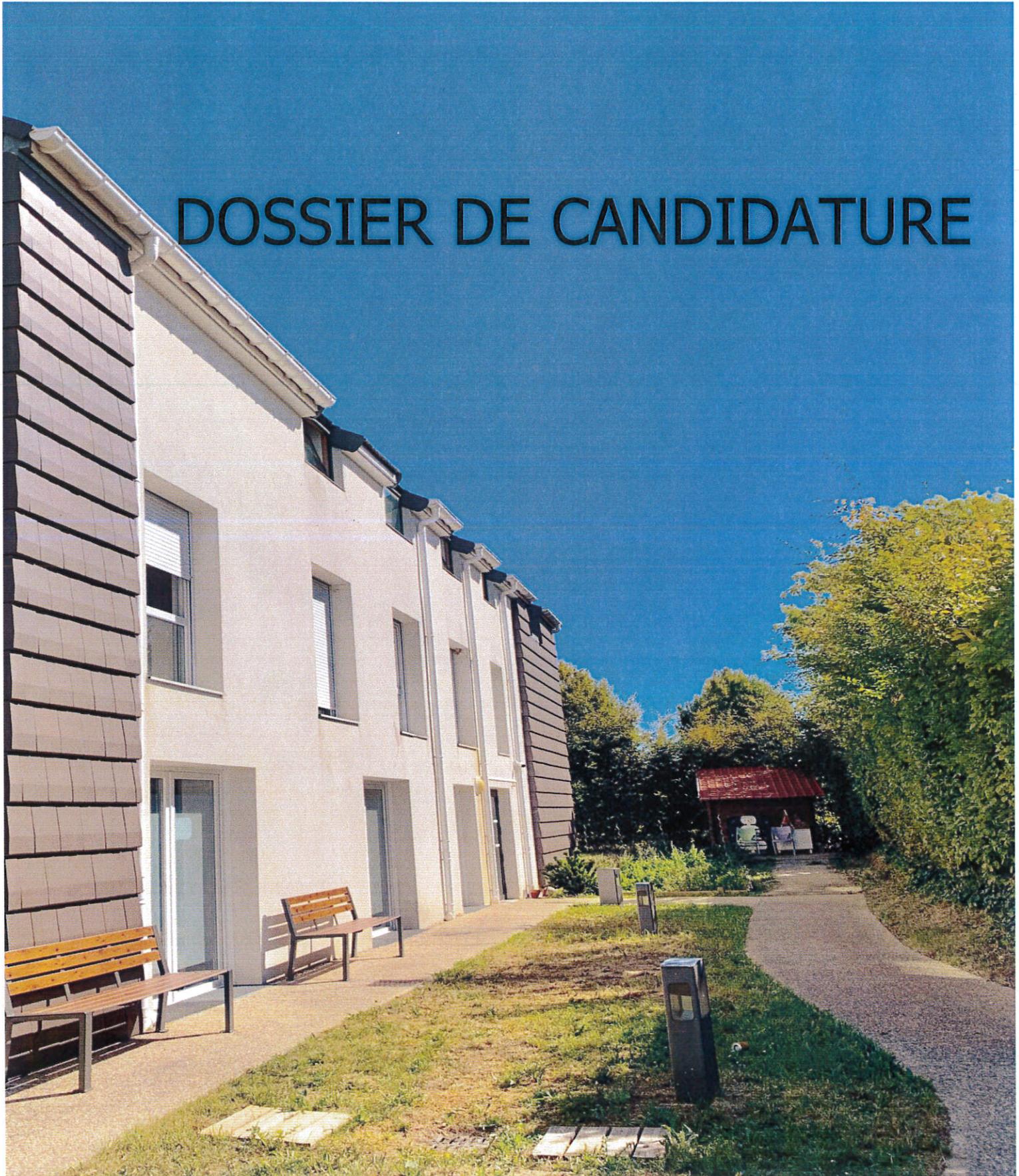




Résidence Accueil de Cesson « La Plaine »

✉ 1 Rue du grenier à blé 77240 Cesson
☎ : 09.67.20.07.63 / 📧 res.laplaine@germenoy.asso.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE





Résidence Accueil de Cesson « La Plaine »

✉ 1 Rue du grenier à blé 77240 Cesson
☎ : 09.67.20.07.63/ 📧 res.laplaine@germenoy.asso.fr

Pièces à fournir

- ✓ Carte nationale d'identité
- ✓ Justificatif de domicile
- ✓ Rapport social
- ✓ Déclaration de ressources, attestation de paiement (CAF)
- ✓ Trois derniers bulletins de salaire ou pension d'invalidité ou indemnisation chômage
- ✓ Avis d'imposition ou de non-imposition
- ✓ Trois dernières quittances de loyer
- ✓ Jugement tutelle/curatelle
- ✓ Relevé d'identité bancaire
- ✓ Lettre de demande d'entrée en résidence accueil
- ✓ Notification MDPH en cours
- ✓ Carte d'invalidité
- ✓ Carte d'allocataire CAF
- ✓ Attestation assurance responsabilité civile

Si admission à la Résidence accueil prévoir :

- ✓ Attestation d'assurance logement
- ✓ Chèque de caution de 400€
- ✓ Souscription à un contrat d'énergie



Résidence Accueil de Cesson

✉ 1 Rue du grenier à blé 77240 Cesson
☎ : 09.67.20.07.63/ ✉ res.laplaine@germenoy.asso.fr

Fiche administrative

ETAT CIVIL

Nom :

Prénom :

Sexe : Homme Femme

Date de naissance :/...../.....

Situation matrimoniale : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf (ve) vie maritale

Adresse :

.....

Nationalité :Lieu de naissance :

Numéro de téléphone :E-mail :

Numéro de sécurité sociale :

Numéro d'Allocataire CAF :

PERSONNE (s) à contacter si nécessaire – (préciser votre lien)

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :



Résidence Accueil de Cesson

✉ 1 Rue du grenier à blé 77240 Cesson
☎ : 09.67.20.07.63/ ✉ res.laplaine@germenoy.asso.fr

Fiche administrative

DROITS MDPH

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité ou de priorité | Date de fin : |
| <input type="checkbox"/> Carte européenne de stationnement | Date de fin : |
| <input type="checkbox"/> PCH : | Date de fin : |
| <input type="checkbox"/> AAH: | Date de fin : |
| <input type="checkbox"/> RQTH/Orientation/Reclassement | Date de fin : |
| <input type="checkbox"/> SAVS/SAMSAH | Date de fin : |
| <input type="checkbox"/> Autres | Précisez : |

ORIENTATION

Vous avez été orienté(e) par :

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contingent Préfecture | <input type="checkbox"/> SAVS/SAMSAH |
| <input type="checkbox"/> CMP | <input type="checkbox"/> ESAT |
| <input type="checkbox"/> Autres : Précisez : | |

MESURE DE PROTECTION

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Curatelle | <input type="checkbox"/> Tutelle |

Nom de l'association :

Adresse :

N° de téléphone :

Nom du délégué à la tutelle :

Type de mesure :



Résidence Accueil de Cesson

✉ 1 Rue du grenier à blé 77240 Cesson
☎ : 09.67.20.07.63 / ✉ res.laplaine@germenoy.asso.fr

Fiche administrative

ASSISTANTE SOCIALE

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :



Résidence Accueil de Cesson

✉ 1 Rue du grenier à blé 77240 Cesson
☎ : 09.67.20.07.63/ ✉ res.laplaine@germenoy.asso.fr

Fiche administrative

LOGEMENT ACTUEL

Vous êtes :

- Locataire, sous-locataire ou colocataire
 - Précisez le nom du propriétaire du logement :
- Propriétaire ou accédant à la propriété
- Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami, ...)
- Hospitalisé(e)
- Autres, précisez :

Si vous payez un loyer :

Montant du loyer (euros/mois) : €

Montant des charges (euros/mois) :€

MOTIF(S) DE LA DEMANDE EN RESIDENCE ACCUEIL

- Fin d'hospitalisation
- Absence de logement ou d'hébergement
- Expulsion locative
- Nécessité d'un accompagnement
- Autres motifs : Précisez :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Vous êtes :

- Salarié(e) en milieu ordinaire CDI CDD : Date de fin :
- Salarié(e) en ESAT CDI CDD : Date de fin :
- Inscrit comme demandeur d'emploi, depuis quelle date :
- Stagiaire ou en formation
- Sans profession
- Bénéficiaire prestations sociales (RSA, AAH, ...)

Nom et adresse de votre employeur éventuel :

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



Fiche administrative

SANTE

Médecin généraliste traitant

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Autre professionnel de santé principal

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

Médecin psychiatre

Nom :

Etablissement :

Adresse :

N° de téléphone :

Infirmière référente :

OBSERVATIONS PARTICULIERES

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

Signature du demandeur

Représentant légale (le cas échéant)



Résidence Accueil de Cesson « La Plaine »

✉ 1 Rue du grenier à blé 77240 Cesson
☎ : 09.67.20.07.63 / 📧 res.laplaine@germenoy.asso.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE

Situation Financière

Détail des ressources actuelles :	
Allocations chômage€
Indemnités journalières€
Allocation Adulte Handicapé€
Pension d'invalidité€
Rente d'Accident du Travail€
Revenu de Solidarité Active€
Prestations familiales€
Salaire€
Total Ressources Mensuelles€
Charges fixes mensuelles	
- ex : loyer ou EDF€
-€
-€
-€
-€
-€
Total€
Charges variables mensuelles	
- ex : loisirs, alimentation€
-€
-€
-€
-€
-€
Total€
Reste à vivre / mois€



Résidence Accueil de Cesson « La Plaine »

✉ 1 Rue du grenier à blé 77240 Cesson
☎ : 09.67.20.07.63 / 📧 res.laplaine@germenoy.asso.fr

Grille d'auto-évaluation

Veuillez remplir ce document en cochant la case de la lettre A, B, C ou D correspondant à la légende ci-dessous.

- A : action accomplie seul
- B : action accomplie seul avec besoin d'aide
- C : action non accomplie seul
- D : ne sais pas

DIMENSION LOGEMENT/VIE QUOTIDIENNE	Commentaires, précisions				
	A	B	C	D	
Entretien de son logement Ménage, vaisselle...					
Gestion d'un budget Loyer, factures...					
Confectionner ses repas					
Faire ses courses					
Entretenir son linge					
Effectuer des déplacements personnels					

Assurer son suivi médical					
Occuper son temps libre Activités, associations...					
DIMENSION ADMINISTRATIVE					
Assurer le suivi de ses dossiers MDPH, CAF...					
Remplir des documents					
Prendre des rendez-vous et les honorer					
DIMENSION RELATIONNELLE					
Entretenir des relations de « bon voisinage »					
Prendre attache auprès des professionnels si nécessaire : Assistante sociale, éducateurs, mandataire judiciaire...					
Demander de l'aide					



Résidence Accueil de Cesson « La Plaine »

✉ 1 Rue du grenier à blé 77240 Cesson
☎ : 09.67.20.07.63/ 📧 res.laplaïne@germenoy.asso.fr

Modèle de demande d'hébergement en Résidence Accueil

(à rédiger à la main par le demandeur)

Mr, Mme, Melle soussigné(e) demande à être hébergé dans la résidence d'accueil de l'association Les Amis de Germenoy et s'engage à respecter le règlement de vie de la collectivité.

A....., le

Signature du demandeur:



Résidence Accueil de Cesson «La Plaine»

✉ 1 Rue du grenier à blé 77240 Cesson
☎ : 09.67.20.07.63/ ✉ res.laplaine@germenoy.asso.fr

Organisme tutélaire

Nous, (nom et adresse),
Agissant en qualité de Au près de M.....
Prenons bonne note de sa demande d'hébergement dans la résidence d'accueil de
l'association les Amis de Germenoy et nous nous engageons à coopérer à cette action,
en fournissant tout document nécessaire au bon fonctionnement du dossier.

A....., le.....

Signature et cachet :



Résidence Accueil de Cesson
« La Plaine »

✉ 1 Rue du grenier à blé 77240 Cesson
☎ : 09.67.20.07.63 / 📧 res.laplaine@germenoy.asso.fr

Certificat du Médecin psychiatre

Je, soussigné(e)..... certifie que l'hébergement en résidence
d'accueil de Mr, Mme, Melle
peut être bénéfique à son projet de vie.

Fait à
Le

Signature et cachet

Certificat remis en main propre.



Résidence Accueil de Cesson

✉ 1 Rue du grenier à blé 77240 Cesson
☎ : 09.67.20.07.63 / 📧 res.laplaine@germenoy.asso.fr

Compte-rendu médical

ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom : Prénom

Nom de jeune fille..... Date de naissance :

Antécédents familiaux :

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents personnels :

- Somatiques :

.....

.....

.....

.....

.....

- Psychiatriques :

.....

.....

.....

.....

.....

Addictions

- Tabac alcool cannabis café, jeux
 Autres

Y a-t-il un suivi en cours ? Oui non

Si oui par :

Traitement médicamenteux :

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

Adhésion aux soins

- Oui non

Commentaires :

.....

Prise en charge actuelle

- CMP CATTP HDJ suivi psychologique
Fréquence :

Diagnostic et évolution clinique

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

Patient (e) stabilisé (e) : oui non

Si oui depuis le :

Nom du médecin ayant rempli le compte rendu

Signature & Cachet

Date :