



Dossier de demande d'Inscription Résidence du Château



Contact : Magali DESRONDIERS

Directrice

☎ 02 99 58 41 69

🌐 ccas.chateauneuf@wanadoo.fr

Résidence du Château

Etablissement Hébergeant des
Personnes Agées EHPA

18, rue de l'Etang du Miroir
35430 Châteauneuf d'Ille et Vilaine

www.residencechateauneuf35.fr

Autre personne à contacter⁽²⁾

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

--

Code postal

--	--	--	--	--	--

Commune/Ville

--

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

--

3. PROTECTION JURIDIQUE

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL (TUTEUR DESIGNÉ)

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

--

Code postal

--	--	--	--	--	--

Commune/Ville

--

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

4. SITUATION DE LA PERSONNE CONCERNEE A LA DATE DE LA DEMANDE :

Domicile Chez enfant/Proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD / SAD¹ Accueil de jour

Autre (préciser)

--

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service

--

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI NON

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom
Prénom

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email

6. ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers
Caisse de retraite

Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours

Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI NON Demande en cours

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON

COMMENTAIRES

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

**Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.*