



# Dossier d'admission

**RESIDENCE MONFORT**

CASTELNAU-MAGNOAC



## Identité

---

➤ Demander 1 :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ Mail : \_\_\_\_\_

➤ Demander 2 :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ Mail : \_\_\_\_\_

➤ Identité de la personne remplissant le dossier :

Nom : \_\_\_\_\_

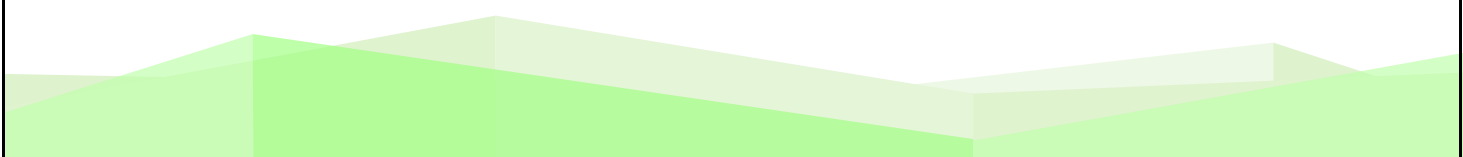
Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ Mail : \_\_\_\_\_

Lien avec le demandeur : \_\_\_\_\_



## Situation personnelle

 Marié(e)

 Veuf(ve)

 Célibataire

Nombres d'enfants : \_\_\_\_\_

Coordonnées des enfants et/ou personnes proches de confiance :

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone	Lien

➤ Avez-vous une mesure de protection ?

 Oui

 Non

 En cours

Si oui, laquelle ?

 Curatelle simple

 Curatelle renforcée

 Tutelle

 Habilitation Familiale

➤ Coordonnées de la personne qui assure la mesure (si différente de la personne qui remplit la demande) :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Adresse mail : \_\_\_\_\_

## Ressources

---

Nature des ressources : \_\_\_\_\_

Montant total (mensuel) : \_\_\_\_\_ €

## Motif de votre demande d'entrée à la Résidence Monfort

---

- Rapprochement familial                       Isolement
- Maintien au domicile impossible                       Sortie d'hospitalisation
- Autre (Précisez) \_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu la Résidence Monfort ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➤ Quelle est votre situation au moment de la demande ?

- Domicile
- Hospitalisé (Précisez l'établissement) \_\_\_\_\_
- Hébergé
- Autre (Précisez) \_\_\_\_\_

Date d'entrée souhaitée : \_\_\_\_\_

## Plan d'aide

---

- Avez-vous un médecin traitant ?                       Oui                       Non

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

➤ Cabinet soins infirmiers ?  Oui  Non

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

➤ Bénéficiez-vous d'aide à domicile ?  Oui  Non

Allocation Personnes Âgées      GIR \_\_\_\_      Montant des heures (mensuel) : \_\_\_\_\_

Prestation de Compensation du Handicap      Montant des heures (mensuel) : \_\_\_\_\_

Aide sociale      Montant des heures (mensuel) : \_\_\_\_\_

Autre (Précisez) \_\_\_\_\_      Montant des heures (mensuel) : \_\_\_\_\_

➤ Type d'appartement souhaité :  Studio  T2  T3

Rez-de-chaussée  Étage

➤ De quel type d'aide auriez-vous besoin ?

Portage de repas  Kinésithérapie

Autre : \_\_\_\_\_

Autres remarques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

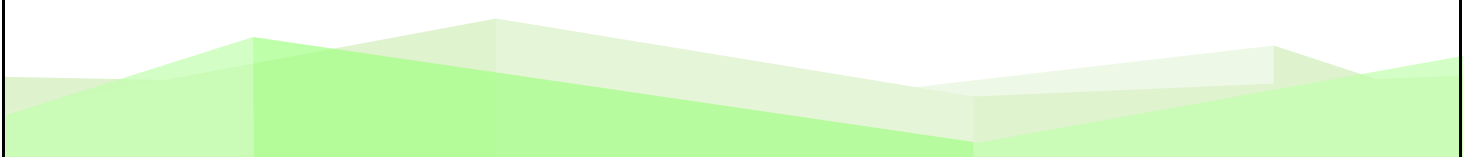
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Signature :



Merci de bien vouloir déposer le dossier :

- A la résidence
- Par mail
- Par courrier

Une visite et présentation de la résidence peut s'organiser à tout moment.



Résidence Monfort  
16 rue des quatre vallées  
65 230 CASTELNAU-MAGNOAC



06.30.99.70.63



residencemonfort@hotmail.com

Marie-Jo, Patrick et Manon RECURT

