



Résidence autonomie Daniel Sacleux

Avenue des Marronniers
59113 SECLIN
Tél. 03.20.32.20.30

Demande d'entrée

à la Résidence autonomie Daniel Sacleux

Procédure d'entrée à la Résidence

Après vérification de votre **dossier de demande d'entrée** accompagné du **Questionnaire médical**, une lettre (ou un courriel) d'accusé réception de votre dossier vous sera transmise.

Si vous remplissez les conditions d'accès à la Résidence, la liste des pièces à fournir vous sera alors demandée pour compléter et finaliser votre demande.

Dès réception de l'ensemble des pièces constitutives de votre dossier, votre candidature sera enregistrée.

Lorsqu'un logement sera libre, une rencontre de pré-admission avec la Direction sera organisée. Cette rencontre vise à faire le point sur votre demande et à vérifier que la prise en charge proposée par l'établissement correspond bien à vos besoins.

Vous souhaitez visiter la Résidence



Afin de planifier et organiser votre accueil,

Veillez prendre rendez-vous auprès du Secrétariat :

Tél. : 03.20.32.20.30

Mail : secretariat-sacleux@ville-seclin.fr

Informations

www.ville-seclin.fr



CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Hôtel de Ville - 89 rue Roger Bouvry

59113 SECLIN



Renseignements administratifs

▶ **DEMANDEUR 1**

NOM (suivi du nom d'épouse s'il y a lieu) :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

N° sécurité sociale :

▶ **DEMANDEUR 2** ▶ **Si couple**

NOM (suivi du nom d'épouse s'il y a lieu) :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

N° sécurité sociale :

▶ **SITUATION FAMILIALE :**

Célibataire Marié(e) Vit maritalement
 Veuf(ve) depuis le

Divorcé(e) Séparé(e)

Adresse :

Téléphone :

▶ **MOTIF de votre demande d'entrée à la Résidence**

- Rapprochement familial ou amical
- Logement actuel inadapté
- Autre :
- Isolement

► **Nom et prénom(s) de la personne remplissant le dossier si différent :**

Adresse complète.....

Téléphone.....

Adresse courriel.....

Lien avec la personne concernée par la demande.....

Coordonnées des proches/référents

NOM Prénom Adresse	Lien de parenté	Téléphone	Email

Personne à contacter en cas d'URGENCE

NOM, Prénom.....

Lien de parenté.....

Téléphone.....

Adresse.....

Adresse courriel



Votre MEDECIN TRAITANT

NOM-Prénom.....

Adresse

Téléphone

QUESTIONNAIRE MEDICAL à fournir complété par votre médecin traitant

Imprimé disponible sur le site de la Ville ou à retirer auprès de la Résidence.

Mesures de protection juridique

OUI*

NON

EN COURS

*Si oui laquelle :

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

Curatelle (renforcée/simple)

Tutelle

Coordonnées de la personne qui assure la protection juridique :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone

Email.....

Vos aides sociales

- L'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH)*
- Allocation personnalisée d'autonomie (APA) en cours
- Aide sociale à domicile au titre de l'aide-ménagère en cours
- Aide personnalisée au logement

Numéro d'allocataire CAF :

***La Résidence D. Sacleux est habilitée à l'aide sociale à l'hébergement.** Ainsi les personnes disposant de petits revenus (dont les minimas sociaux) pourront solliciter l'attribution de l'aide sociale à l'hébergement délivrée par le Département du Nord. Demande à formuler auprès du CCAS de la dernière commune de résidence du demandeur. Pour les Seclinois : renseignements auprès du CCAS de la Ville, 9 rue Jean Jaurès, Tél. 03.20.62.91.14

Avez-vous recours à des prestations à domicile ?

Quelles sont actuellement les interventions professionnelles à votre domicile :



- ▶ la toilette
- ▶ l'habillage
- ▶ la prise médicamenteuse – infirmier(e)
- ▶ l'aide-ménagère
- ▶ d'autres activités de la vie quotidienne

Si oui, pour quelles raisons ?

.....

.....

Téléassistance à domicile

Disposez-vous d'une téléassistance ?

- OUI* NON
- *Si oui, quel est l'organisme auquel vous avez souscrit un abonnement ?



.....

.....

Vos sorties - Vos loisirs

Vos sorties

.....

.....

Vos loisirs - Vos occupations

.....

.....

Déclaration de ressources

CAISSE MALADIE : Régime général Mines Agricole
Autre

MUTUELLE :

Caisse de retraite principale :

Caisses complémentaires :

ORGANISME PAYEUR	Périodicité		Montant mensuel
	Mensuel	Trimestriel Annuel	

► Joindre le dernier avis d'imposition

Signature

Date de la demande

Signature du demandeur de son Représentant légal,