

# OSMONDE - Les Maisons Partagées d'Âges sans frontières



NOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : .....

NATIONALITE : .....

## Dossier d'inscription

SITE OSMONDE SOUHAITÉ : .....

9 Rue Caraven Cachin  
81630 SALVAGNAC  
Tel : 05.63.33.55.88 – Fax : 05.63.33.65.45  
Mail: contact@asso-asf.fr

- L'habitant
- La famille
- Le tuteur ou curateur
- Le médecin
- L'IDE libérale
- L'assistante sociale
- Autre

MOTIF DE LA VENUE A LA MAISON PARTAGÉE : .....

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



## **INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT**

**La personne qui sollicite une entrée en Maison Partagée OSMONDE doit adresser un dossier comprenant :**

- Un volet administratif renseigné par la personne concernée ou son représentant légal ;

**CE DOSSIER PERMET UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE MAIS SON DÉPÔT, NE PEUT ÊTRE ASSIMILÉ À UNE ADMISSION SYSTÉMATIQUE.**

**NB :** Pour tout renseignement complémentaire : habilitation à l'aide sociale, attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie, il convient de contacter les services compétents du Conseil Départemental.

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Civilité :  **Madame**  **Monsieur**  
Nom de famille (de naissance) :   
Prénom(s) :   
Date de naissance :   
Lieu de naissance :  Pays ou Dpt :   
Adresse :   
Téléphone : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_  
 CPAM  MSA  AUTRE (préciser) : \_\_\_\_\_  A.L.D  
N° immatriculation (13 chiffres) : ..... N°  
 Mutuelle (laquelle) : .....  
adhérent : .....

## SITUATION DE FAMILLE

**Célibataire**  **Marié(e)**  **Pacsé(e)**  **Veuf (ve)**  **Divorcé(e)**  **Séparé(e)**

## MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

**Curatelle**  **Tutelle**  **Sauvegarde de justice**  **Demande en cours**  
 **pas de mesure de protection juridique**

Adresse du tuteur ou curateur  
.....  
.....  
Téléphone :

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'INSCRIPTION (évènement familial récent, décès du conjoint...):

## ÉTAT CIVIL DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Civilité :  **Madame**  **Monsieur**  
Nom de famille (de naissance) :   
Prénom(s) :   
Date de naissance :   
Lieu de naissance :  Pays ou Dpt :   
Adresse :   
Téléphone : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée :  OUI  NON

Si OUI :

Nom de famille (de naissance) :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Pays ou Dpt :

Adresse :

Téléphone fixe : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Téléphone portable: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Adresse mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

## DEMANDE

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile  Chez enfant/proche  Logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD/SAD

Autre (précisez)

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

Situation de la personne est-elle informée de la demande ?

OUI

NON

Situation de la personne est-elle consentante (à la demande) ?

OUI

NON

## COORDONNÉES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même ?

OUI

NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter

Nom de famille (de naissance) :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Pays ou Dpt :

Adresse :

Téléphone fixe : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Téléphone portable: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Adresse mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

## COORDONNÉES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter

Nom de famille (de naissance) :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Pays ou Dpt :

Adresse :

Téléphone fixe : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Téléphone portable: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Adresse mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

## ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour?

**Aide sociale à l'hébergement**

**Seule**

**Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers**

**OUI**

**NON**

**DEMANDE EN COURS ENVISAGÉE**

**Aide logement (ALS)**

**OUI**

**NON**

**DEMANDE EN COURS ENVISAGÉE**

**Allocation personnalisé à l'autonomie**

**OUI**

**NON**

**DEMANDE EN COURS ENVISAGÉE**



# ANNEXE

## CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

### LOISIRS

- Jeux de société
- Journaux
- Tricotage
- Télévision
- Radio
- Repassage
- Jardinage
- Promenades
- Spectacles

Autres : .....

.....

.....

### HABITAT

- |                                     |  |                                      |  |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Urbain     | <input type="checkbox"/> Maison individuelle | <input type="checkbox"/> Appartement | <input type="checkbox"/> Aide à domicile |
| <input type="checkbox"/> Rural      | <input type="checkbox"/> Avec jardin         |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Semi rural | <input type="checkbox"/> Sans jardin         |                                      |  |