

RESIDENCE AUTONOMIE

VILLA VAL D'OR

ASSOCIATION DES SENIORS DE SAINT-JEAN | 433 route de Saint-Jean 06600 ANTIBES | tél. : 04 93 33 21 01 | courriel : direction-villavaldor@sud-generations.fr

1/4

Réservé à l'établissement :

Date de la demande : _____ Attente Abandon
Date de la réponse : _____
Date d'admission : _____ le : _____

Dossier de Demande d'Admission En Résidence Autonomie

demande en couple, remplir un dossier pour chaque membre du couple

Demande d'admission pour : Femme Homme

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ mail : _____

Situation au moment de la demande :

à domicile hospitalisé(e) en établissement

lieu : _____

service : _____

célibataire pacsé(e) marié(e) divorcé(e) veuf(ve)

Personne à contacter pour donner suite à cette demande

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ mail : _____

Lien avec le demandeur : _____

Origine de la demande d'admission

- La personne elle-même Médecin traitant
 Sa famille Etablissement hospitalier _____
 Service sociale Autre _____
 Tutelle

Coordonnées du demandeur :

Couverture socialeRégime Sécurité Sociale : Général Local MSA Autre

Mutuelle Complémentaire Soins : _____

Caisse de retraite principale : _____

Caisses de retraite complémentaires : _____

Allocations diverses : ACTP APA AAH PCH*ACTP : Allocation Compensatrice Tierce Personne APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie**PCH : Prestation de Compensation du Handicap AAH : Allocation aux Adultes Handicapés***Nom du Médecin Traitant**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ mail : _____

Aides actuelles

- Auxiliaire de vie Soins infirmiers Télé-alarme
 Portage de repas Autre _____

Raison de la demande

Fait à _____ Le _____

Signature

Pièces à annexer à votre dossier d'admission

- Copie de la carte mutuelle
- Copie du livret de famille
- Copie d'une pièce d'identité
- Déclaration de l'impôt sur le revenu des deux dernières années
- Copie de l'attestation de la sécurité sociale
- Attestations des caisses de retraite
- Certificat de capacité de vie collective en établissement
- Pour une demande d'admission en Résidence Autonomie vous êtes libre d'annexer à votre dossier le document "GRILLE AGGIR" proposé en page 4 de ce dossier.

Cet outil d'évaluation de votre niveau d'autonomie est à faire remplir par votre médecin traitant.

Aucune information médicale doit y figurer.

Cette évaluation permettra au personnel administratif gestionnaire de la résidence de mesurer votre capacité à vivre en toute autonomie au sein de sa structure d'accueil.

Le GIR (Groupe Iso-Ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée.

Le GIR d'une personne est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR.

Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.

Seules les personnes évaluées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

En résidence autonomie, vous pouvez bénéficier de l'APA à domicile.

Où adresser votre demande d'admission ?

Par courrier postal : **Résidence Autonomie Villa Val d'Or**
Service Admission
433 route de Saint-Jean
06600 ANTIBES

Par courriel : direction-villavaldor@sud-generations.fr

Vous avez des questions ?

Vous pouvez les poser au : **04 93 33 21 01**

Personne évaluée :

Nom : _____

Prénom : _____

GRILLE AGGIR

à faire remplir par votre médecin traitant.

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE**A** : fait seul, totalement, habituellement, correctement**B** : fait partiellement, non habituellement, non correctement**C** : ne fait pas**VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE**

		A	B	C
1	COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon sensée			
2	ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
3	TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut		
		Bas		
4	HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut		
		Moyen		
		Bas		
5	ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir		
		Manger		
6	ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire		
		Fécale		
7	TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir			
8	DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...			
9	DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
10	COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...			

VARIABLES ILLUSTRATIVES-AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE

		A	B	C
11	QUESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens			
12	CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis			
13	MENAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers			
14	TRANSPORT : prendre et/ou commander un moyen de transport			
15	ACHATS : acquisition directe ou par correspondance			
16	SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin			
17	ACTIVITES DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps			

Votre patient bénéficie-t-il de l'APA à domicile ? oui non

Si oui, merci de préciser son GIR : _____

Fait à _____ Le _____

Signature et cachet