

Résidence retraite Yves Couzy

Dossier de suivi personnalisé

Date : L L L L L L L L

Hébergement souhaité :

Accueil permanent Accueil temporaire Période souhaité :

Accueil week-end Accueil de jour Jours souhaités :

NOM : **PRENOM :**

NOM de Jeune Fille:

DATE de NAISSANCE: L L L L L L L L L L LIEU:

ETAT CIVIL marié(e) veuf (Ve) depuis le..... célibataire
Nom, prénom date de naissance du conjoint :

Nombre d'enfant(s) :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de vie
.....
.....
.....
.....

PROVENANCE :

Domicile Adresse :

Hôpital Adresse :

Résidence Retraite Adresse :

Autres

Ancienne Profession:

Religion: Praticant(e) : Oui Non

ANCIENS COMBATTANTS :

Ancien combattant

Pensionné

Veuve de Guerre

N° de la carte du combattant ou du titre de pension :

MESURE DE PROTECTION :

Oui Non En cours

Si oui laquelle : Tutelle Curatelle Mandant de protection future

ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE :

Bénéficiez-vous de l'APA ? Oui Non

Si oui de quel département :

AIDE PERSONNALISEE AU LOGEMENT :

Bénéficiez-vous d'une aide au logement ? (CAF ou MSA) Oui Non

Si oui veuillez nous indiquer votre numéro d'allocataire :

Médical :

MEDECIN TRAITANT:.....
INFIRMIERE:.....
KINESITHERAPEUTE:.....
ORTHOPHONISTE:

Assurance maladie :

Nom de la Caisse :.....
N° d'Assuré :

Mutuelle :

Nom de la mutuelle :.....
N° Mutualiste :

Etes vous sous le régime agricole (MSA) : Oui Non

Personnes à prévenir :

NOM: PRENOM:

LIEN DE PARENTE:

ADRESSE:

CP : L L L L L VILLE :

Numéros de téléphone :

PRIVÉ: L L L L L L L L L L TRAVAIL: L L L L L L L L L L PORT.: L L L L L L L L L L

ADRESSES E-MAILS :

.....@.....

NOM: PRENOM:

LIEN DE PARENTE:

ADRESSE:

CP : L L L L L VILLE :

Numéros de téléphone :

PRIVÉ: L L L L L L L L L L TRAVAIL: L L L L L L L L L L PORT.: L L L L L L L L L L

ADRESSES E-MAILS :

.....@.....

Personnes à prévenir :

NOM:	PRENOM:
LIEN DE PARENTE:	
ADRESSE:	
CP : L L L L L VILLE :	
<u>Numéros de téléphone :</u>	
PRIVÉ: L L L L L L L L L L TRAVAIL: L L L L L L L L L L PORT.: L L L L L L L L L L	
<u>ADRESSES E-MAILS :</u>	
.....@.....	

NOM:	PRENOM:
LIEN DE PARENTE:	
ADRESSE:	
CP : L L L L L VILLE :	
<u>Numéros de téléphone :</u>	
PRIVÉ: L L L L L L L L L L TRAVAIL: L L L L L L L L L L PORT.: L L L L L L L L L L	
<u>ADRESSES E-MAILS :</u>	
.....@.....	

Liste des documents à fournir pour la constitution du dossier :

<input type="checkbox"/> Carte Vitale à jour (A donner le jour de l'entrée) <input type="checkbox"/> Attestation Carte Vitale <input type="checkbox"/> Carte mutuelle <input type="checkbox"/> Photocopie du livret de famille (complet) <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile de moins de 3 mois <input type="checkbox"/> Photocopie du dernier avis d'imposition de l'assuré <input type="checkbox"/> Photocopie d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, permis de conduire, passeport, carte ou titre de séjour) <input type="checkbox"/> Copie du jugement de mise sous tutelle, curatelle (si il y a)
--

Information personnelles :

Ce recueil d'informations a pour but de mieux vous connaître afin de vous proposer des activités et prises en charge adaptées.

✓ *Loisirs :*

Cocher les activités pratiquées et précisez si besoin.

- Télévision (films, émissions) :
- Musique (type) :
- Lecture (livres, magazines) :
- Jardinage :
- Promenade :
- Jeux de société / cartes :
- Activités manuelles /Bricolage :
- Peinture / dessin :
- Cuisine :
- Sorties (cinéma, théâtre, opéra, loto...) :
- Autres :

- Activités souhaitées :

✓ *Vie associative :*

Non Oui :

Comment avez-vous connu l'établissement :

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

Informations complémentaires :

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

Merci pour toutes ces informations.