Ville d'Alençon
Centre Communal d'Action Sociale

24 Place de la Halle au Blé
61000 ALENCON
Tél : 02 33 32 41 11

Date de la demande :

DEMANDE D'ENTRÉE EN RÉSIDENCE AUTONOMIE



Résidence Soleil d'automne



Résidence Clair Matin

Choix de l'établissement (1) :

(1) Cocher la case correspondante, si le choix se porte sur les deux résidences, numéroter par ordre de priorité

Résidence Soleil d'Automne ☐
15 rue Jullien
61000 Alençon
Tél : 02 33 80 87 46

Résidence Clair Matin ☐
14 rue de Vicques
61000 Alençon
Tél : 02 33 29 49 85

L'admission dans ces établissements est prononcée par la Direction après passage en commission d'attribution des logements qui a pour mission d'étudier les dossiers et de valider les demandes d'inscription.

Les résidences autonomie ont pour mission d'accueillir des personnes retraitées âgées de 60 ans et plus (sauf dérogation exceptionnelle validée par le Conseil d'Administration du CCAS) valides et autonomes afin de répondre au besoin de sécurité, de rupture de l'isolement, de confort et/ou de prévention de la dépendance. Il assure les services suivants : hébergement, restauration, animation, accompagnement individualisé et sécurité.

L'établissement répond aux normes pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée au Logement (APL), et permet aux résidents qui remplissent les conditions d'attribution d'en bénéficier.

Ce dossier est à déposer :

Soit sur place : À l'accueil des résidences Autonomie Ou au Centre Communale d'Action Sociale

Soit par courriel : accueil-ccas@ville-alencon.fr

INFORMATION CONCERNANT LE DEMANDEUR

Si la demande concerne un couple : remplir le formulaire pour chaque membre du couple

État civil de la personne :

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ /_____ /_____ Lieu de naissance : _____Dépt : _____

Situation familiale : Célibataire ❑ - Marié(e) ❑- Veuf(ve) ❑- Divorcé(e) ❑ - Séparé(e) ❑- Pacsé (e) ❑

Numéro de sécurité sociale : _____/_____/_____ /_____/_____ /_____ / ____

Nombre d'enfants : _____

Médecin Traitant : _____☎_____

Profession antérieure : _____

Adresse actuelle : _____

_____☎_____

Droits sociaux :

Aide sociale : oui ❑ non ❑

Protection juridique : oui ❑ non ❑ si oui, laquelle _____

Coordonnées du mandataire **:** _____

Aide personnalisé à l'autonomie (APA) : oui ❑ non ❑ Demande en cours ❑ faite le : _____

Allocation logement (APL) : oui ❑ non ❑ Demande en cours ❑ faite le : _____

Motif de la demande :

❑ Besoin d'un logement adapté et sécurisé ❑ Rapprochement familial

❑ Besoin de lien social, animation ❑ Besoin de soutien et d'aide dans la vie quotidienne

❑ Sortie hospitalisation ou centre de convalescence

❑ Autre : Préciser _____

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

❑ A son domicile ❑ chez ses enfants/ proches

❑ En résidence autonomie* ❑ Établissement de santé*

(*) Nom de l'établissement : _____

Propriétaire ❑ Locataire ❑ (une entrée en résidence autonomie réduit le préavis à 1 mois)

Date d'entrée souhaitée :

Immédiate ❑ Dans les 6 mois suivant la demande ❑ échéance plus lointaine ❑

Votre projet de vie en résidence autonomie

Le lien social ❑ - la sécurité ❑ - les repas ❑ - les animations ❑ - l'accompagnement ❑

Pourquoi souhaitez-vous entrer en résidence :

_____

_____

_____

RESSOURCES

Vos ressources (Montant mensuel)	Demandeur	Co - Demandeur
Retraite Principale		
Retraites Complémentaires		
Allocation de Solidarité personne âgée « ASPA »		
Pension d'invalidité		
Rentes (accident du travail ou autre)		
Pension de guerre		
ALS OU APL		
Autre ressources (à préciser)		

RÉSEAUX DE SOLIDARITÉ

1/ NOM : ..... PRÉNOM : ..... Tél : .....

Adresse : .....

Ville : .....

↳ Adresse mail :

Lien de parenté : Enfant / Petit Enfant / Frère / Sœur / Voisin / Famille / Autre (.....)

2/ NOM : ..... PRÉNOM : ..... Tél : .....

Adresse : .....

Ville : .....

↳ Adresse mail :

Lien de parenté : Enfant / Petit Enfant / Frère / Sœur / Voisin / Famille / Autre (.....)

3/ NOM : ..... PRÉNOM : ..... Tél : .....

Adresse : .....

Ville : .....

↳ Adresse mail :

Lien de parenté : Enfant / Petit Enfant / Frère / Sœur / Voisin / Famille / Autre (.....)

4/ NOM : ..... PRÉNOM : ..... Tél : .....

Adresse : .....

Ville : .....

↳ Adresse mail :

Lien de parenté : Enfant / Petit Enfant / Frère / Sœur / Voisin / Famille / Autre (.....)

Je soussigné (e) , **M** _____certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés et m'engage à prévenir l'établissement de toutes modifications de situation ou d'annulation de dossier.

Date : / / **signature :**