

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

TARIFS

Logements (au 1^{er} janvier)

(T2 - réservé en priorité au couple)

Charges comprises : eau – chauffage- ordures ménagères- système de téléassistance

Résidence Soleil d'automne

Studio : de 577.18 € à 597.40 € (32m2)

T2 : de 630.76 € à 645.92 € (43m2)

Résidence Clair Matin

Studio : 369.51 € (32m2)

T2 : 486.09€ (52m2 avec cave)

Restauration (au 1^{er} juillet)

Ouvert le midi du lundi au samedi

Plafond de ressources Personne seule	Plafond de ressources Couple	Tarif
1 ^{ère} tranche* : de 0 à 907 €	1 ^{ère} tranche : de 0 à 1408 €	6,69 €
2 ^{ème} tranche : de 908 à 1399 €	2 ^{ème} tranche : de 1409 à 2099 €	7.06 €
3 ^{ème} tranche : de 1400 € et +	3 ^{ème} tranche : 2100 € et plus	7,43 €
Retraité non Alençonnais		8 €
Personne non retraitée (tarif invité)		12.57 €

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** :