

**Vous pouvez déposer le dossier et avoir des renseignements au**

**Comité deS AGES du Pays Trithois**

Rue Pierre Brossolette

BP 70355

Aulnoy lez valenciennes

59304 VALENCIENNES CEDEX

Tél : 03.27.23.78.00 Fax : 03.27.23.78.99

Courriel : [cdesages.accueil@cdesages.com](mailto:cdesages.accueil@cdesages.com)

www.cdesages.com

Facebook : Comité deS AGES du Pays Trithois



Résidences			
<b>Résidence « Harmonie » EHPAD</b> Rue Pierre Brossolette – 59300 AULNOY LEZ VALENCIENNES Tél : 03.27.23.78.00 Fax : 03.27.23.78.99	Hébergement permanent	Hébergement Temporaire	<input type="checkbox"/>
<b>Résidence « Les Godenettes » EHPAD</b> 1 Rue Louis Lemoine – 59125 TRITH-SAINT-LÉGER Tél : 03.27.20.09.40 Fax : 03.27.20.09.41	Hébergement permanent	Hébergement Temporaire	<input type="checkbox"/>
<b>Résidence autonomie « Heures Claires »</b> Rue Pierre Brossolette – 59300 AULNOY LEZ VALENCIENNES Tél : 03.27.23.78.00 Fax : 03.27.23.78.99	<b>Résidence autonomie « Arthur Musmeaux »</b> Rue Marcel Sembat 59590 Raismes Tél : 03.27.23.70.00		<input type="checkbox"/>
<b>Accueil de jour pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou apparentée « La Relaisance »</b> 90 Rue Léo Ferré – 59494 PETITE FORET Tél : 03.27.09.24.00			
<b>Accueil de jour pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou apparentée « Yokoso »</b> 23 Rue Madeleine Caulier – 59121 HAULCHIN Tél : 03.27.38.03.84			
SPASAD			
<b>Service de soins infirmiers à domicile « SSIAD »</b> Rue Pierre Brossolette-59300 AULNOY LEZ VALENCIENNES Tél : 03.27.23.78.67			
<b>Equipe Spécifique Alzheimer à Domicile « ESAD »</b> 90 Rue Léo Ferré- 59494 PETITE FORET Tél : 03.27.09.91.99			
<b>Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile « SAAD »</b> Rue Pierre Brossolette – 59300 AULNOY LEZ VALENCIENNES	<b>Prestataire</b> <input type="checkbox"/> <b>Portage de repas à domicile</b> <input type="checkbox"/> <b>Transport accompagné</b> <input type="checkbox"/>	<b>Garde itinérante de nuit</b> <input type="checkbox"/> <b>Assistance téléalarme</b> <input type="checkbox"/> <b>Petit travaux de jardinage</b> <input type="checkbox"/>	<b>Relay'âge</b> <input type="checkbox"/> <b>Petit travaux Bricolage</b> <input type="checkbox"/>
« Maison'Âges »			
<b>Maison 'Âge Prouvy</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Maison 'Âge Hérin</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Maison 'Âge Trith-Saint-Léger</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Maison 'Âge Thiant</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>Maison 'Âge Rouvignies</b>	<input type="checkbox"/>

La loi « informatique et liberté » du 06/01/1978 s'applique aux réponses recueillies sur ce document. Ces réponses sont obligatoires, un défaut de réponse entrainerait l'impossibilité d'instruire votre dossier. Le destinataire de ces informations est exclusivement le Comité deS AGES du Pays Trithois, la loi garantit un droit d'accès et de rectification des informations auprès de nos services.

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## Personne concernée par la demande

### Renseignements à compléter pour l'ensemble des services et résidences

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Coordonnées : N° de voie, rue, boulevard \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

#### Protection sociale :

N° de Sécurité sociale : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Caisse d'affiliation : \_\_\_\_\_ Régime :  Général  Minier  MSA  
 SNCF  Autre

Couverture complémentaire :  CMU  Régime mutualiste

Nom et adresse de la mutuelle : \_\_\_\_\_

Carte d'invalidité :  Oui  Non  En cours

#### Situation de famille :

Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)  
 Divorcé(e)  Vie maritale  Pacsé(e)

Avez-vous des enfants :  Oui  Non

Si oui, précisez combien : \_\_\_\_\_ dont décédé(s) : \_\_\_\_\_

#### Lieu de vie :

Domicile personnel Précisez si :  Locataire  Propriétaire  Usfruitier  
 Chez un proche  En famille d'accueil  En hébergement (type EHPAD, EHPA...)  
 En établissement sanitaire (établissement de santé...)

Intervenants médicaux :

**Médecin traitant** : Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Infirmier** : Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Pédicure** : Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Kinésithérapeute** : Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Ambulancier** : Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Orthophoniste** : Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mesures de protection des biens et des personnes :

Oui       Non       En cours auprès du tribunal d'instance de : \_\_\_\_\_

Si oui, précisez :  Tutelle       Curatelle

Nom et prénom du tuteur ou curateur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien de parenté :  Oui       Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Personne de confiance       Référent familial

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Directives anticipées :  Oui       Non      si oui, joindre la copie du document

Contrat obsèques :  Oui       Non      si oui, joindre la copie du document

**Aides financières :**

**APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie)** :  Non bénéficiaire       Demande en cours

Bénéficiaire      Précisez le n° de dossier : \_\_\_\_\_

Demande en cours pour aggravation suite à une demande d'accueil de jour

**APL (Aide Personnalisée au Logement)** :  Non bénéficiaire       Demande en cours

Bénéficiaire      Précisez le n° de dossier : \_\_\_\_\_

**Aide sociale à l'hébergement** :  Non bénéficiaire       Demande en cours

Bénéficiaire      Précisez le n° de dossier : \_\_\_\_\_

**Groupe Iso Ressources (G.I.R.) :**

Précisez votre GIR :  1       2       3       4       5       6

**Contacts :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse Email : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse Email : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse Email : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse Email : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse Email : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse Email : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES A COMPLETER  
UNIQUEMENT POUR UNE DEMANDE D'HEBERGEMENT  
PERMANENT OU TEMPORAIRE**

Ressources :

**Caisse de retraite principale :**

Nom de l'organisme payeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Montant perçu : \_\_\_\_\_ €/an

**Caisse de retraite complémentaire :**

Nom de l'organisme payeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Montant perçu : \_\_\_\_\_ €/an

**Caisse de retraite complémentaire :**

Nom de l'organisme payeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Montant perçu : \_\_\_\_\_ €/an

**Caisse de retraite complémentaire :**

Nom de l'organisme payeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Montant perçu : \_\_\_\_\_ €/an

**Aides sociales :**

Nom de l'organisme payeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Montant perçu : \_\_\_\_\_ €/an

# RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES A COMPLETER UNIQUEMENT POUR UNE DEMANDE DE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

Date souhaitée pour le premier jour de consommation : \_\_\_\_\_

Les jours souhaités de consommation :

Lundi 
  Mardi 
  Mercredi 
  Jeudi 
  Vendredi 
  Samedi 
  Dimanche

Percevez-vous l'APA à Domicile :  OUI  NON

**Régime alimentaire (ou autres précisions) :** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

# DOCUMENTS ADMINISTRATIVES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

## Ressources

- Dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Déclaration fiscale de l'année en cours
- Justificatifs des pensions de l'année en cours
- Justificatifs des revenus perçus du dernier trimestre
- 2 relevés d'identité bancaire

## Vie Sociale

- Jugement de curatelle ou tutelle
- Contrat obsèques
- Notification d'APA à Domicile
- Récépissé du dossier d'aide sociale
- Carte Allocataire CAF
- Carte Invalidité
- Carte de Sécurité Sociale et de Mutuelle
- Attestation d'assurance de l'année en cours « responsabilité civile »

## Etat Civil

- Livret de famille
- Extrait d'acte de naissance avec mentions marginales
- 2 photos d'identité