

À remplir par le service administratif

Nom Prénom : _____
Date de P.E.C : _____

Date de réception du dossier : _____
Date d'actualisation : _____

Vous pouvez déposer ce dossier et avoir plus de 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
www.cdesages.com
Facebook : Comité deS AGES du Pays Trithois



<p>EHPAD « Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes »</p>	Résidence « Harmonie » Aulnoy lez valenciennes	<input type="checkbox"/>
	Résidence « Les Godenettes » Trith-Saint-Léger	<input type="checkbox"/>
	Hébergement permanent	<input type="checkbox"/>
	Hébergement temporaire	<input type="checkbox"/>
	Date : _____	
<p>Résidence autonomie</p>	Résidence « Heures Claires » Aulnoy lez valenciennes	<input type="checkbox"/>
<p>Résidence autonomie (CCAS de Raismes)</p>	Résidence « Arthur Musmeaux » Raismes	<input type="checkbox"/>
<p>Accueil de jour pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou apparentée</p>	Résidence « La Relatillie » à Petite Forêt	<input type="checkbox"/>
	Résidence « Yokoso » à Haulchin	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Samedi	
<p>Maison 'âge</p>	Prouvy	<input type="checkbox"/>
	Hérin	<input type="checkbox"/>
	Trith-Saint-Léger	<input type="checkbox"/>
	Thiant	<input type="checkbox"/>
<p>SPASAD « Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile »</p>	SSIAD	<input type="checkbox"/>
	ESAD	<input type="checkbox"/>
	Prestataire	<input type="checkbox"/>
	Garde itinérante de nuit	<input type="checkbox"/>
	Portage de repas à domicile	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Samedi <input type="checkbox"/> Dimanche	
	Date du 1 ^{er} jour de livraison souhaitée : _____	
	Petits travaux de jardinage	<input type="checkbox"/>
	Petits travaux de bricolage	<input type="checkbox"/>
	Transport accompagné	<input type="checkbox"/>
Assistance téléalarme	<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.

DOCUMENTS ADMINISTRATIVES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

Ressources

- Dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Attestation bancaire (revenus perçus ces 6 derniers mois)
- 2 relevés d'identité bancaire

Vie Sociale

- Jugement de curatelle ou tutelle
- Contrat obsèques
- Notification d'APA à Domicile
- Carte Allocataire CAF
- Carte Invalidité
- Attestation de sécurité sociale
- Carte vitale et carte 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

Aide sociale

- Récépissé du dossier d'aide sociale
- Relevés bancaires des 6 derniers mois
- Taxe Foncière

DOSSIER ADMINISTRATIF**Renseignements à compléter pour l'ensemble des services et résidences**

Madame Monsieur

Nom d'usage :	Prénoms :
Nom de famille :	
Date de naissance :	Département :
Commune de naissance :	Pays :
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> R ressortissant de l'UE <input type="checkbox"/> Autres : (Précisez)	
Adresse :	Téléphone : Vous n'avez pas de n° de téléphone (cocher la case suivante <input type="checkbox"/>)
Code boitier (si nécessaire) :	
Adresse email :	

Situation de famille :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) En concubinage Depuis le : _____
 Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Depuis le : _____

Y a-t-il d'autres personnes vivant à votre domicile :

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Profession	Situation particulière

N° de Sécurité sociale :	Régime : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Minier <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> Autre précisez
Code de gestion :	
Couverture complémentaire :	<input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Régime mutualiste Nom et adresse de la mutuelle :
Carte d'invalidité :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours

Contacts

Nom Prénom :	Lien de parenté :
Adresse :	Téléphone :
Adresse Email :	

Nom Prénom :	Lien de parenté :
Adresse :	Téléphone :
Adresse Email :	

Nom Prénom :	Lien de parenté :
Adresse :	Téléphone :
Adresse Email :	

Intervenants médicaux :

Médecin traitant	Nom Prénom : Adresse : Téléphone :
Infirmier	Nom Prénom : Adresse : Téléphone :
Pédicure	Nom Prénom : Adresse : Téléphone :
Kinésithérapeute	Nom Prénom : Adresse : Téléphone :
Ambulancier	Nom Prénom : Adresse : Téléphone :
Orthophoniste	Nom Prénom : Adresse : Téléphone :

Lieu de vie : vous vivez ?

<input type="checkbox"/> Domicile personnel	Précisez si : <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Usufruitier <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Maison individuelle <input type="checkbox"/> Autre
	Nombre de pièces : _____ Nombre de niveaux : _____ Ascenseur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Type de chauffage :
<input type="checkbox"/> Chez un proche	Précisez lequel :
<input type="checkbox"/> En établissement	Précisez lequel :

Protection sociale et mesures de protection :

Mesures de protection des biens et des personnes	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle Coordonnées du tuteur ou curateur : Si oui, lien de parenté : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez lequel : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours auprès du tribunal d'instance
<input type="checkbox"/> Personne de confiance	Nom Prénom : Adresse :
<input type="checkbox"/> Référent familial	Nom Prénom : Adresse :
<input type="checkbox"/> Personne à contacter pour le suivi du dossier	Nom Prénom : Adresse : Cette personne est : <input type="checkbox"/> un membre de votre famille, un ami, un proche <input type="checkbox"/> votre tuteur ou curateur

**GRILLE AGGIR A COMPLETER POUR LES DEMANDES EN EHPAD, RESIDENCE AUTONOMIE,
ACCUEIL DE JOUR, SSIAD**

		C	B				A	A,B,ou C
		NE FAIT PAS	S	T	C	H	AUCUN ADVERBE NE POSE PBM	
Transferts								
Déplacements	À l'intérieur							
Toilette	Haut							
	Bas							
Elimination	Urinaire							
	Fécale							
Habillage	Haut							
	Moyen							
	Bas							
Alimentation	Se servir							
	Manger							
Alerter								
Déplacements	À l'extérieur							
Orientation	Dans le temps							
	Dans l'espace							
Cohérence	Communication							
	Comportement							
CALCUL EN LIGNE DU GIR sur http://www.ibou.fr/aggir/grille.php							GIR :	

Pour chaque variable, il convient d'évaluer adverbe par adverbe chaque activité (case à cocher), puis en fonction de la réponse aux adverbes, de coder la variable par A, B ou C :

NE FAIT PAS codé C : si la personne ne réalise jamais seule une activité et il faut faire à la place ou faire faire, ou bien la réalisation partielle est telle qu'il faille tout refaire. Si cette case est cochée, il est inutile de cocher les 4 suivantes.

S T C H codés B : Activité en partie réalisée par la personne seule. Dans ce cas identifier les adverbes qui rendent indispensables l'intervention d'un tiers. S : Ne fait pas Spontanément / T : Ne fait pas Totalement / C : Ne fait pas Correctement / H : Ne fait pas Habituellement.

Aucun Adverbe ne pose problème codé A : Activité réalisée en totalité et correctement chaque fois que nécessaire à la seule initiative de la personne. Si cette case est cochée, les 5 cases qui précèdent ne sont pas cochées.

DOSSIER FINANCIER

Renseignements à compléter uniquement pour : Les EHPAD, la résidence autonomie, les accueils de jours et les « Maison'âge » et le S.A.A.D.

Percevez-vous l'une de ces aides au titre de la dépendance ? :

APA (allocation personnalisée à l'autonomie)	<input type="checkbox"/> Oui Précisez le n° de dossier : Depuis quelle date : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas déposé de demande <input type="checkbox"/> votre demande est en cours d'instruction <input type="checkbox"/> votre demande a été rejetée <input type="checkbox"/> vous en avez refusé l'attribution
PSD (Prestation spécifique dépendance)	<input type="checkbox"/> Oui Précisez le n° de dossier : Depuis quelle date : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas déposé de demande <input type="checkbox"/> votre demande est en cours d'instruction <input type="checkbox"/> votre demande a été rejetée <input type="checkbox"/> vous en avez refusé l'attribution
Groupe Iso Ressources (GIR) Précisez votre GIR : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	

Percevez-vous l'une de ces aides au titre du handicap ? :

ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne)	<input type="checkbox"/> Oui Précisez le n° de dossier : Depuis quelle date : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas déposé de demande <input type="checkbox"/> votre demande est en cours d'instruction <input type="checkbox"/> votre demande a été rejetée <input type="checkbox"/> vous en avez refusé l'attribution
PCH (Prestation de compensation du handicap)	<input type="checkbox"/> Oui Précisez le n° de dossier : Depuis quelle date : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas déposé de demande <input type="checkbox"/> votre demande est en cours d'instruction <input type="checkbox"/> votre demande a été rejetée <input type="checkbox"/> vous en avez refusé l'attribution
MTP (Majoration pour tierce personne)	<input type="checkbox"/> Oui Précisez le n° de dossier : Depuis quelle date : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas déposé de demande <input type="checkbox"/> votre demande est en cours d'instruction <input type="checkbox"/> votre demande a été rejetée <input type="checkbox"/> vous en avez refusé l'attribution

Percevez-vous d'autres aides éventuelles ?

APL	<input type="checkbox"/> Oui Précisez le n° de dossier : <input type="checkbox"/> Non
Aide Sociale à l'hébergement	<input type="checkbox"/> Oui Précisez le n° de dossier : <input type="checkbox"/> Non

Déclaration de revenus

Complétez le tableau ci-dessous en indiquant le dernier montant mensuel perçu (attention aux revenus trimestriels, les chiffres à reporter ci-dessous doivent être mensuels).

Nature des ressources	Montant mensuel perçu par vous-même	Montant mensuel perçu par votre conjoint(e), partenaire de pacs ou concubin(e)
CNRACL		
Régime général (CNAVTS, CRAM, CRAVTS)		
Régime agricole (MSA salariés)		
Régime de non-salariés (RSI et exploitants agricoles)		
Régimes spéciaux (EDF, SNCF...)		
Retraites complémentaires et rentes imposables		
Pensions alimentaires		
Rentes viagères à titre onéreux		
Revenus des valeurs et capitaux mobiliers		
Revenus fonciers		
Charges déductibles : Frais d'hébergement en établissement médicalisé		
Autres :		

Commentaires :