

M.A.R.P.A. de Lalbenque  
 68 Chemin de la Vayssade  
 46230 Lalbenque  
 05 65 31 75 05  
 marpalalbenque@orange.fr



## DOSSIER D'INSCRIPTION

### État civil :

NOM & Prénom :

NOM de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Situation de famille : Veuf(ve)      Marié(e)      Divorcé(e)      Célibataire      Vit maritalement

Ancienne profession :

Adresse actuelle :

N° de téléphone :

### Coordonnées de la famille ou entourage :

NOM Prénom :

NOM Prénom :

Lien de parenté :

Lien de parenté :

Adresse :

Adresse :

N° de tél. :

N° de tél. :

NOM DU MEDECIN :

N° de tél. :

CABINET INFIRMIER :

N° de tél. :

### Personne référente à prévenir :

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

N° de tél. domicile :

N° de tél. travail :

N° de tél. portable:

**Aides financières :**

			Montant par mois
Allocation logement ou APL	oui	non	..... €
APA à domicile	oui	non	GIR : .....
Taux de participation sur APA : .....			%
Autre : .....			..... €
Demande d'aide sociale à l'hébergement est-elle envisagée ?	Oui	Non	

**Gestion des biens :**

Vous-même	oui	non	
Procuration :	oui	non	
NOM :	Prénom :		Lien de parenté :
Adresse :			
N° de tél. domicile :	N° de tél. travail :		N° de tél. portable:
Mesure de protection	Non	Tutelle	Curatelle
			Autre .....
NOM de la personne qui assure la protection :			
Adresse			
Tel :			

**Protection Sociale :**

Sécurité sociale

Numéro d'immatriculation : ..... - .....

Mutuelle

Caisse:

Numéro d'adhérent :

**Votre Logement actuel**

Qualité de l'occupant :	Propriétaire	Locataire	Hébergé par la famille
Description générale :			
<input type="checkbox"/> Appartement	Etage :	N° .....	Ascenseur : oui non
<input type="checkbox"/> Maison individuelle	Nombre d'étage : .....		

Vous vivez                      Seul                      En famille                      Autre .....

Vous utilisez votre véhicule                      Oui                      Non

Avez-vous un soutien à domicile ?                      oui                      non

(précisez le nom de l'intervenant, le nombre d'heures réalisées, la fréquence, et le montant à charge)

Famille : .....

Reste à charge : .....€

Aide à domicile .....

Reste à charge : .....€

Cabinet infirmier : .....

Reste à charge : .....€

SSIAD : .....

### Renseignements complémentaires

Votre séjour sera-t-il temporaire ?                      Oui                      Non

Si oui, précisez la période :

Date souhaitée d'admission :

Un service social vous aide t-il régulièrement dans vos démarches ?                      oui                      non

Coordonnées du service et de la personne :

Quelles sont vos activités habituelles ? (cuisine, jeux de cartes, dominos, lecture, musique, promenade, télévision, scrabble,...)

Avez-vous un animal de compagnie ?                      Oui                      Non

Autres renseignements que vous jugerez utiles de nous communiquer :

NOM du signataire (en lettres capitales) : .....

Date : .....

Signature :

## PIÈCES À JOINDRE (pour le résident) :

Afin de constituer le dossier garant, en votre qualité de garant, merci de bien vouloir fournir l'intégralité des pièces listées ci-dessous.

### À l'inscription:

- Pièce d'identité
- Dernier avis d'imposition ou non imposition
- Taxes foncières (propriétaire)
- Accord APA en cours
- Justificatifs récents de toutes ressources (pensions, etc.)

### Lors de l'admission :

- Attestation d'assuré social en cours de validité
- Carte mutuelle
- Carte d'invalidité
- Jugement de tutelle
- Notification d'admission à l'Aide Sociale à l'Hebergement
- Imprimé d'engagement de paiement
- Dossier du garant
- Chèque de caution

## ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE ET INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ

À remplir par votre médecin traitant ou le médecin hospitalier

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

### AUTONOMIE ET ASSISTANCE :

OUI

NON

Autonomie complète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessite une aide occasionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessite une aide totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessite aide au lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessite aide au coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplace seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplace avec une aide technique (si oui préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'alimente seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait sa toilette seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessite aide toilette pour le haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessite aide toilette pour le bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habille seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessite aide pour habillage haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessite pour habillage bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### TROUBLES DU COMPORTEMENT

Aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incohérence légère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incohérence lourde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
État dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### QUALITÉ DU SOMMEIL

Sommeil calme, dort correctement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dort très peu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide au sommeil (apnée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE** (si oui préciser)**OUI****NON****VIE SOCIALE**

Communique

Communique de manière cohérente

Écrit, lit

Se distrait

**COMMENTAIRES LIBRES DU MÉDECIN****CACHET DU MÉDECIN :****SIGNATURE DU MÉDECIN :**

NOM :

Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

M.A.R.P.A. de Lalbenque  
68 Chemin de la Vayssade  
46230 Lalbenque  
05 65 31 75 05  
marpalalbenque@orange.fr



## DOSSIER DE GARANT

### CAUTION SOLIDAIRE

#### Coordonnées :

NOM & Prénom :

Adresse :

Profession :

Mail & N° de téléphone :

Ajouter sur papier libre si plusieurs garants.

#### Logement n° :

MARPA «Lou Nostre Oustal» 46230 LALBENQUE

Type :  T1

T1bis

Dépôt de grantie = Montant loyer + charges = ..... €

Nom du résident :

#### Engagements :

Par la présente, je soussigné, .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués et l'authenticité des documents fournis. J'ai parfaite connaissance qu'ils pourront être vérifiés auprès des interlocuteurs habilités et que tout faux et usage de faux expose à 3 ans d'emprisonnement et 4500€ d'amende (sanctions prévues à l'article 441-1 du Code Pénal);

reconnais que la conclusion de la location est subordonnée à l'acceptation, par le gestionnaire, de la solvabilité requise.

Fait à ....., le .....

Le(s) garants(s) :

## PIÈCES À JOINDRE (pour la garant) :

Afin de constituer le dossier garant, en votre qualité de garant, merci de bien vouloir fournir l'intégralité des pièces listées ci-dessous.

### ÉTAT CIVIL :

- Pièce d'identité valide
- Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)

### RESSOURCES :

#### Salariés

- Le dernier bulletin de salaire
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition

#### Professions libérales

- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition

#### Commerçants, artisans et autres professions non salariées

- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition

#### Retraités :

- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition

M.A.R.P.A. de Lalbenque  
68 Chemin de la Vayssade  
46230 Lalbenque  
05 65 31 75 05  
marpalalbenque@orange.fr