



Ville de Leers
CCAS

DEMANDE D'ADMISSION A LA RESIDENCE AUTONOMIE « LES QUATRE VENTS »

	DEMANDEUR	CO-DEMANDEUR
NOM		
NOM DE JEUNE FILLE		
PRENOM		
DATE DE NAISSANCE		
NATIONALITE		

SITUATION FAMILIALE

- Célibataire Concubin (e) Veuf (ve)
 Marié (e) Séparé(e) ou Divorcé(e)

VOS COORDONNEES

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____ TELEPHONE : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE A CONTACTER

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____ TELEPHONE : _____

LIEN DE PARENTE, RELATION : _____

NOM DES CAISSES DE RETRAITES

DEMANDEUR : _____

CO-DEMANDEUR : _____

Fait à, le

Signature (s)

PIECES A JOINDRE

- Copie de la carte d'identité du demandeur et du co-demandeur
- Copie du Livret de Famille
- Copie des avis d'imposition ou non d'imposition des 2 dernières années
- Questionnaire « Autonomie du demandeur » dûment complété par le médecin traitant

Selon votre situation

- Notification de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)
- Copie du jugement de curatelle ou mise sous tutelle



Ville de Leers
CCAS

QUESTIONNAIRE D'AUTONOMIE (A compléter par votre médecin)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

TRANSFERTS ET DEPLACEMENTS

	Seul(e)	Aide partielle	Aide totale
Se lève seul du lit et se couche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lève d'une chaise/fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monte un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A l'intérieur

Canne(s)	Type :	Si cannes : Nombres 1 ou 2
Déambulateur	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

A l'extérieur

Canne(s)	Type :	Si cannes : Nombres 1 ou 2
Déambulateur	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

Sorties

	Seul(e)	Aide partielle	Aide totale
Sortir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation d'un moyen de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Périmètre de marche (sans arrêt) : Mètres

COMPORTEMENT

	NON	OUI
Capable d'initiatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilité de rester seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désorientation (Temps/espace)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risques de fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication à distance (utilise le téléphone, sonnette, alarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	NATURE	Seul (e)	Avec aide partielle ou surveillance	Avec aide totale
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTONOMIE CORPORELLE

Alimentation	Seul (e)	Avec aide partielle ou surveillance et stimulation	Avec aide totale
Mange, boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coupe ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait le Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prépare ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOILETTE

Toilette haut du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette bas du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bains-Douches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise les W.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INCONTINENCE

Urinaire	<input type="checkbox"/> occasionnelle	<input type="checkbox"/> permanente	<input type="checkbox"/> Non
Anale	<input type="checkbox"/> occasionnelle	<input type="checkbox"/> permanente	<input type="checkbox"/> Non

HABILLAGE

Habillage haut du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage bas du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boutonnage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GESTION DU QUOTIDIEN

Gérer ses ressources, l'argent, ses affaires et faire les démarches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire ses courses, des achats directs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps libres (activités de loisirs, culturelles ou sociales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date :

Nom (ou cachet du médecin)

Signature

REGLEMENT SUR L'ADMISSION A LA RESIDENCE AUTONOMIE LES 4 VENTS

Approuvé par délibération du 05 Décembre 2017
par le Conseil d'Administration du CCAS de la Ville de Leers

PREAMBULE

Anciennement dénommée « Foyer Logement », la Résidence les 4 Vents est devenue « Résidence Autonomie » selon la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 d'adaptation au vieillissement de la population. Conformément à la législation en cours, elle n'accueille que des personnes valides et autonomes dans les actes de la vie quotidienne ou en légère perte d'autonomie. Son autorisation de fonctionnement est délivrée par le Président du Conseil Départemental (Articles L 312-1 et L 313-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

TITRE 1 DES CONDITIONS D'ADMISSION

➔ **Article 1** : Ne peuvent être admises « à la Résidence les 4 Vents » que les personnes ayant atteint, à la date d'entrée dans les lieux, l'âge de 60 ans ou inférieur à 60 ans selon dérogation du Président du Conseil Départemental (selon règlement départemental d'Aide Sociale), répondant au critère d'autonomie autorisé et en fonction des évolutions législatives quant à l'âge.

TITRE II DE LA DEMANDE D'ADMISSION

➔ **Article 2** : La demande d'admission est formulée au moyen des imprimés disponibles à cet effet : demande « administrative » et questionnaire « autonomie ».

Elle prend date par l'apposition du timbre de réception de la Mairie.

➔ **Article 3** : La demande n'est recevable qu'après étude de la situation du requérant et éventuellement du co-demandeur au regard de la législation établie par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

La réponse sera notifiée dans un délai de 15 jours.

TITRE III DE L'ADMISSION

➔ **Article 4** : Après la visite de pré-admission auprès du médecin attaché à l'établissement et l'étude du dossier la Direction de l'Etablissement proposera ou non l'admission, pour validation par le Président du Centre Communal d'Action Sociale.

➔ **Article 5** : Le candidat peut, lorsque l'admission est proposée : la refuser sous huit jours, demander un report de celle-ci dans la limite de deux. Cependant, une nouvelle visite de pré admission médicale sera effectuée pour l'évaluation de son autonomie et la validation de son admission.

Au troisième refus, le dossier est annulé. S'il reformule une demande d'admission, il n'a plus d'ancienneté.

Le candidat se doit de contacter la direction de la « Résidence les 4 Vents » tous les 6 mois pour confirmer le maintien de sa demande.