

Dossier Individuel D'inscription

LOCATAIRE

IDENTITE :

Nom de famille Prénom

Nom de naissance Date de naissance

Adresse :

Code postal Bureau distributeur

SITUATION FAMILIALE :

célibataire marié(e) divorcé(e)
séparé(e) veuf(ve) vie maritale

SITUATION DU CONJOINT :

Nom de famille Prénom

Nom de naissance Date de naissance

Adresse (si différente) :

Code postal Bureau distributeur

Si le conjoint est décédé, préciser la date du décès : / /

PROTECTION JURIDIQUE EVENTUELLE : Tutelle Curatelle sauvegarde de justice

Personne chargée de la protection :

Coordonnées (adresse – tél.) :

ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE :

Mutuelle complémentaire : Oui Non

Si oui, nom de l'organisme :

ORGANISME DE RETRAITE PRINCIPALE :

Retraite complémentaire : Oui Non

Si oui, nom des organismes :

MODE DE VIE ACTUEL :

Etes-vous : propriétaire locataire

Vous vivez en : Maison Appartement Logement foyer

Hôpital : Etablissement :

Vivez-vous : seul en famille Autre :

Avez-vous un soutien à domicile ? famille Autre :

Bénéficiez-vous d'un des services suivants :

Repas portés à domicile Transport Accueil de jour

Système de téléassistance Hébergement temporaire Autres

Précisez :

Si vous bénéficiez de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, veuillez indiquer le GIR retenu :

DESCRIPTION DU LOGEMENT OCCUPE

Situation : Centre village Périphérie Isolé

Plain-pied Etage Ascenseur

Commodités : Douche Baignoire W.C. individuel : intérieur extérieur

Moyen de chauffage :

RESSOURCES

JOINDRE LES PHOTOCOPIES DES RELEVES ANNUELS DES PENSIONS DE RETRAITE

❖ RETRAITES PRINCIPALES :

Organisme payeur	Montant

❖ RETRAITES COMPLEMENTAIRES :

Organisme payeur	Montant

❖ AUTRES RESSOURCES

Nature des ressources	Montant

❖ REVENU NET IMPOSABLE FIGURANT SUR VOTRE AVIS D'IMPOSITION

Année : Montant :

↩ **ENFANTS** (à défaut, autres membres de la famille)

Nom – Prénom	Date naissance	Adresse et téléphone

QUI PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM – Prénom

Adresse :

Téléphone :

Lien de parenté :

↩ **Professionnels de santé – Aides à domicile**

MEDECIN TRAITANT

NOM

Adresse :

Téléphone :

SOINS A DOMICILE

NOM

Adresse :

Téléphone :

KINESITHERAPIE

NOM

Adresse :

Téléphone :

AIDE A DOMICILE

NOM

Adresse :

Téléphone :

AUTRE

NOM

Adresse :

Téléphone :.....

Rappel :

L'admission est prononcée par le président en exercice de l'association de gestion ou son représentant, après examen de la situation du candidat et après avis de la commission d'admission constituée au sein de l'association. Cette commission d'admission est composée des personnes suivantes :

- Le président de l'association ou son représentant
- Le ou la responsable de la MARPA

Seront associés les professionnels qui interviennent auprès du futur locataire, notamment :

- Le médecin traitant du candidat
- Le cabinet de soins infirmiers ou le Service de Soins Infirmier A Domicile
- Le service d'aide à domicile local

} En cas d'indisponibilité, leur avis sera recueilli avant la décision de la commission

PIECES A JOINDRE AU PRESENT DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION :

- Photocopie de la carte d'identité
- Certificat médical attestant l'aptitude à vivre à la MARPA
- Photocopie de la carte d'immatriculation à un régime d'assurance maladie (*carte vitale*)
- Si vous bénéficiez de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie servie par le Conseil Général de l'Ain, photocopie de la notification d'attribution en cours de validité
- Attestation d'assurance souscrite pour l'appartement loué au sein de l'appartement (*responsabilité civile, défense – recours, incendie, dégâts des eaux, vols et détérioration des meubles et autres objets personnels*)
- Photocopie du dernier avis d'imposition
- Le chèque de caution fixé pour la location de l'appartement au sein de la MARPA
- L'acte de caution solidaire rempli et signé par le cautionnaire

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

A, le Signature,

DECISION DE LA COMMISSION D'ADMISSION

Favorable

Défavorable

Observations particulières et avis de la commission d'admission :

.....
.....

A le Signature,