

RESIDENCE DU VAL D'ELORN
 60 rue de Brest
 29450 SIZUN
 02.98.68.82.40
 02.98.68.83.00
 Email : accueil@val-elorn.fr



NE RIEN INSCRIRE DANS CE CADRE
 Date d'inscription :
 Numéro de dossier :
 Groupe G.I.R. :

DOSSIER D'INSCRIPTION (A renseigner)

Hébergement souhaité : Permanent

Identité :

Nom : Prénom(s) :
 Nom de jeune fille :
 Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
 Situation de famille* : Marié(e) Veuf (ve) Divorcé(e) Célibataire
 Adresse du domicile :

 Téléphone :
 Ancienne profession :
 Votre inscription concerne : une personne seule un couple

Actuellement, vous résidez :

Domicile Seul Couple
 Hôpital Court Moyen Long séjour
 Clinique :
 Maison de repos :
 Autre (famille, foyer logement...) :

Délai souhaité :

Le plus tôt possible A la demande de l'intéressé(e) :
 Dans les 6 mois A la demande de la famille :
 Autre (inscription sécurité)

Référents :

NOM PRENOM	ADRESSE	TEL/FAX/EMAIL	LIEN DE PARENTE

Renseignements administratifs

Sécurité Sociale :

Nom de la caisse : N° immatriculation :

Mutuelle :

Nom de la caisse : N° d'affiliation ou de dossier :

Caisses de retraite (Précisez le nom de vos caisses) :

.....
.....
.....

Autres renseignements :

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection : Oui Non

Si oui, précisez laquelle : Tutelle Curatelle Autre

Nom du tuteur ou de l'organisme :

• Activité(s) professionnelle(s) antérieure(s) :

.....
.....
.....

Prestations sociales :

Etes vous titulaire des prestations sociales ci-après :

Allocation logement: Oui Non

Allocation personnalisée d'autonomie : Oui Non

Allocation adulte handicapé : Oui Non

Autre (Précisez) :

MOTIFS SOCIAUX DE LA DEMANDE :

- Insuffisance de prise en charge précédente
- Changement de structure pour raison personnelle
- Suite d'hospitalisation avec impossibilité de retour à domicile
- Aggravation de l'état de dépendance
- Conjoint (e) décédé(e) ou perte du soutien familial
- Membre d'un couple dont le conjoint a nécessité l'admission
- Isolement- insécurité trop forte pour rester à domicile
- Inadaptation du logement
- Transition après l'hôpital pour assurer le retour à domicile
- Période d'essai de vie en collectivité
- Autres causes

IMPORTANT

Ce dossier d'inscription devra nous être adressé accompagné de la fiche de renseignements médicaux signées et cachetées par le médecin.