

DOSSIER ADMINISTRATIF

ADMISSION AU FOYER GEORGES GODET

(à remplir par l'intéressé(e) ou son référent)

Foyer « Georges Godet »
7 rue des Douaniers
Olonne Sur Mer
85340 LES SABLES D'OLONNE
Tél. : 02.51.21.88.50 Fax : 02.51.21.87.17

DEMANDE D'INSCRIPTION

- Accueil de jour
 Foyer Occupationnel
 Foyer d'Accueil Médicalisé

IDENTITE DU POSTULANT

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Date de naissance

Lieu de naissance



Situation de famille :
 célibataire
 marié(e)
 veuf (ve)
 divorcé(e)
 Autres

Adresse personnelle *(si le postulant dispose d'un logement indépendant)*

Vous êtes :
 Propriétaire
 Locataire
 Autres *(à préciser)*

Nom et Adresse des parents

Nom et Adresse du tuteur

Nom et Adresse du Médecin Traitant

Situation actuelle :

Famille d'accueil
 Institution
 Hôpital
 Parents
 Domicile privé
 Autres *(à préciser)*

Adresse du lieu actuel de résidence ou d'hospitalisation

Service

Nom du Médecin du service

Nom de l'Assistante Sociale

COUVERTURE SOCIALE

Nom et adresse de la caisse d'assurance maladie

Nom de l'assuré(e)

Numéro d'immatriculation :

Prise en charge à 100% :
 OUI
 NON

Nom et adresse de la mutuelle

Numéro d'adhérent

COMPENSATION DU HANDICAP – MDPH 85

N° de dossier MDPH (obligatoire).....

Accord pour Foyer Occupationnel OUI NON En cours

Date d'échéance

Accord pour Foyer d'Accueil Médicalisé OUI NON En cours

Date d'échéance

Allocation Adulte Handicapé OUI NON En cours

Date d'échéance

Adresse de la C.A.F.

Numéro d'allocataire

Carte d'invalidité OUI NON En cours

Date d'échéance

Taux d'invalidité

Prestation de compensation OUI NON En cours

Date d'échéance

AUTRES RESSOURCES, AIDES, RENTES

Etes-vous bénéficiaire d'une pension d'invalidité ? OUI NON

Si OUI, précisez le nom et l'adresse de l'organisme.....

Numéro du dossier

Etes-vous bénéficiaire d'une autre aide ? OUI NON

Si OUI, précisez le nom et l'adresse de l'organisme.....

Numéro du dossier

PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique (tutelle, curatelle)? OUI NON En cours

Si OUI, nature de la mesure de protection

Nom et adresse du représentant légal



Si la mesure est en cours, date du dépôt de la demande

Nom du Tribunal réfèrent

Adresse du Tribunal

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEBERGEMENT (AIDE SOCIALE OU PAYANT)

(le bénéfice de l'aide sociale est subordonné à l'insuffisance de ressources du demandeur)

Une demande d'aide sociale doit-elle être sollicitée ? OUI NON

Si **NON**, indiquer les coordonnées de la personne qui s'engage à acquitter les frais de séjour (la facture sera adressée à la personne désignée ci-dessous)

Nom et Adresse



RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Situation Familiale des Parents

Nom de la Mère **Prénom**
Date de Naissance **Profession**
 célibataire marié(e) veuf (ve) divorcé(e) Autres


Nom du Père **Prénom**
Date de Naissance **Profession**
 célibataire marié(e) veuf (ve) divorcé(e) Autres

Situation de la Fratrie

Nombre de frères
Nombre de sœurs
Observations
.....
.....
.....
.....

IDENTITE DU REFERENT

Cette personne sera systématiquement contactée par l'établissement pour toute question concernant la gestion administrative du dossier ; elle sera également informée de toute évolution significative de l'état de santé de la personne hébergée ou de tout changement dans les modalités de sa prise en charge.

Nom **Prénom**
Qualité (lien de parenté ou autre)
Adresse
.....
..... 

A Le

Signature du postulant

Signature du référent

Toute demande de placement est soumise à une commission d'admission qui examine le dossier selon des critères propres au Foyer Godet.

Critères d'admission :

- Le postulant devra être âgé de plus de 20 ans. Compte tenu du nombre limité de lits réservés aux adultes de plus de 60 ans, les admissions de personnes âgées de plus de 55 ans relèvent de l'exception
- Les résidents doivent être à même de participer aux activités proposées par la structure
- Une priorité sera réservée aux personnes relevant du département
- L'expression de la volonté du futur résident sera recherchée
- **Pour être examiné, le dossier de tout postulant devra impérativement comporter :**
 - Notification de l'accord écrit de la C.D.A.P.H pour un placement en foyer de vie ou en foyer d'accueil médicalisé
 - Dossier médical avec bilan psychiatrique (courrier adressé sous pli cacheté à l'attention du Médecin de la D.S.F.)
 - Dossier administratif
 - Dossier d'évaluation (habitudes de vie du postulant et grille de dépendance)
 - Anamnèse et historique familial
 - Demande écrite de la famille, du tuteur ou du futur résident

Avant son admission programmée, le postulant devra fournir au Service des Admissions des Maisonnées de Lumière du Centre Hospitalier des Sables d'Olonne (Poste 8915), les documents ci-dessous :

- Photocopie de votre livret de famille ou de votre carte nationale d'identité
- 4 photographies d'identité
- Photocopie de votre attestation d'ouverture de droits à l'assurance maladie
- Photocopie de votre carte mutuelle en cours de validité et justificatif de cotisations
- Photocopie, le cas échéant, de votre mesure de protection juridique (tutelle, curatelle)
- Photocopie, le cas échéant, de votre justificatif d'allocation de logement
- Photocopie, le cas échéant, de votre contrat obsèques
- Photocopie de votre attestation de responsabilité civile en cours de validité et le justificatif
- Photocopie de votre dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Photocopie de votre dernière déclaration fiscale
- Photocopie de vos déclarations annuelles de vos ressources (AAH, Pension d'Invalidité,...)
- Relevé des capitaux placés et photocopie de vos 3 derniers relevés de comptes bancaires
- Photocopie de chacun de vos justificatifs de charge
- Photocopie de la décision de la C.D.A.P.H. pour le placement en foyer occupationnel ou foyer médicalisé
- Photocopie de la décision de la C.D.A.P.H. pour l'attribution de l'allocation adulte handicapé
- Photocopie de la décision de la C.D.A.P.H. pour l'attribution de la carte d'invalidité
- Photocopie de la décision de la C.D.A.P.H. pour l'attribution de l'allocation compensatrice tierce personne
- Relevé d'identité bancaire ou postal

- Certificat de vaccinations :
 - DT Polio
 - B.C.G.
 - Hépatite B (recommandé mais non obligatoire)

- Autorisation de soins médicaux et hospitaliers

FOYER GEORGES GODET

CENTRE HOSPITALIER « COTE DE LUMIERE » - Bureau Hébergement

4 rue Jacques Monod - C.S. 20393 Olonne sur Mer - 85340 Les Sables d'Olonne

Tél. 02 51 21 89.10 / 02.51.21.89.11 - Fax 02 51 21 87 17