



mémoire et solidarité

DEMANDE DE SEJOUR

M., Mme, Melle : Prénoms :

Nom de jeune fille :

Né(e) le à

Demande à être accueilli(e) à la maison de retraite

Séjour définitif à compter du Séjour temporaire du
Au

Situation de famille

Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Divorcé(e) Séparé(e)

Nombre d'enfants vivants :

Profession antérieure :

Domicile actuel :
.....
.....

Téléphone :
.....

Ressortissant de l'O.N.A.C.

Carte n° délivrée le / / à

Titre de pension militaire d'invalidité n°

Aide sociale départementale demandée:

Oui Non Le / / à

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone : / /

Tutelle ou curatelle :

Nom du tuteur ou curateur :

Adresse :

.....

.....

Téléphone : / /

SECURITE SOCIALE	
Immatriculation :	.....
Caisse de sécurité sociale :	..... Centre n°
Adresse	.....
.....
Taux de prise en charge	.....% Droits permanents ?(oui/non)
	Sinon, date de fin de droits ?
MUTUELLE	
Nom :	.....
Adresse:	.....

Fait à le / /

Signature du demandeur ou de son représentant légal

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Date d'arrivée du dossier / /
Dossier complet le: / /

Demande de séjour **accepté** pour un hébergement en :

G.I.R. 1 ou 2

G.I.R. 3 ou 4

G.I.R. 5 ou 6

Demande de séjour **refusée**

Motif

Demande de séjour **en instance**

Motif

Autre établissement proposé

Demande de séjour **irrecevable**

Motif

Autre observations éventuelles.....

.....

Fait à

Le(a) directeur(rice) de l'établissement

Le. / /

Recours hiérarchique

Décision rapportée

Décision maintenue

Motif

Fait à Paris, le

Le directeur général de l'Office national

LISTE DES PIÈCES CONSTITUANT LE DOSSIER D'ADMISSION

- ✓ Demande de séjour
- ✓ Questionnaire médical et grille d'autonomie remplis par le médecin traitant (annexe 1 et 2)
- ✓ Etat des ressources du candidat (annexe 3)
- ✓ En cas de nécessité, engagements des débiteurs d'aliments (annexe 4)
- ✓ Copie de la pièce faisant état de la qualité de ressortissant de l'O.N.A.C.
- ✓ Copie de la carte nationale d'identité ;
 - ou du titre de séjour sur le territoire français ;
 - ou du titre délivré par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides
- ✓ Copie du livret de famille
- ✓ Copie de la dernière déclaration de revenus
- ✓ Pour les personnes de moins de 65 ans, copie de la décision confirmant la qualité d'inapte au travail
- ✓ Copie du jugement ou du document portant tutelle ou curatelle
- ✓ Copie de l'attestation de la carte vitale
- ✓ Copie de la carte de mutuelle
- ✓ Copie de la demande d'aide sociale

Bon à savoir

- ☞ Votre demande est déposée auprès de la maison de retraite que vous avez choisie.
- ☞ Vous acquittez le tarif hébergement : en cas d'insuffisance de moyens propres, le complément est recherché auprès des membres de votre famille tenus à l'obligation alimentaire et auprès des organismes sociaux (allocation logement, aide sociale départementale).
- ☞ Un dossier d'aide personnalisée à l'autonomie (A.P.A.) peut être retiré auprès des services compétents (conseils généraux, mairies ou centre communal d'action sociale) ou remis par le directeur de la structure d'accueil.
- ☞ Le médecin coordonnateur de l'établissement effectuera l'évaluation de votre degré d'autonomie - Groupe Iso Ressources - en fonction des pièces médicales du dossier et à l'issue d'une visite médicale de pré admission.
- ☞ Cette évaluation fera l'objet d'une révision annuelle.
- ☞ L'admission est prononcée par le directeur de l'établissement.
- ☞ Le contrat de séjour de l'établissement vous sera proposé pour signature et un exemplaire de règlement de fonctionnement vous sera remis, au plus tard lors de votre entrée effective.
- ☞ Si la présente demande n'a pu être satisfaite, vous pouvez demander un nouvel examen de votre dossier auprès du (de la) directeur(rice) de la maison de retraite choisie ou l'adresser directement dans un délai de 2 mois à : Monsieur le Directeur général de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre - Direction des missions - département des EHPAD - Hôtel National des Invalides - 75700 PARIS



mémoire et solidarité

ETAT DES RESSOURCES DU CANDIDAT

LE CANDIDAT

LE CONJOINT

Nom usuel	.....	.....
Nom de jeune fille	.....	.....
Prénoms	.....	.....
Date de naissance	.....	.....
Lieu	.....	.....
Nationalité	.....	.....
Adresse actuelle	...............	...............


Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre

Maison de retraite Résidence du Rouvray 15, rue des Abondances 92100 Boulogne-Billancourt Tél : 01.49.09.21.00 Fax : 01.46.99.04.99

☞ **I - RESSOURCES**

	<i>LE CANDIDAT</i>	<i>LE CONJOINT</i>
Nature des ressources	Montant mensuel	Montant mensuel
✓ Retraite(s) professionnelle(s)		
CNAVTS
Artisanale
Commerciale
Libérale
Militaire
Fonction Publique
MSA
✓ Caisse(s) complémentaire(s)		
1.
2.
3.
4.
✓ Pension militaire		
Pension de Veuve de Guerre
Pension Militaire d'invalidité
✓ Revenus mobiliers		
1.
2.
✓ Revenus immobiliers		
1.
2.

✓ **Divers**

Pension alimentaire	.....	.....
Rente accident du Travail	.....	.....
Assurance Vie	.....	.....
MONTANT TOTAL DES RESSOURCES	_____	_____

☞ **II - CHARGES**

	<i>LE CANDIDAT</i>	<i>LE CONJOINT</i>
Nature des charges	Montant mensuel	Montant mensuel
3. Obligations alimentaires		
1.
2.
3.
4.
MONTANT TOTAL DES CHARGES	_____	_____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la présente annexe et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

Signature du candidat ou de son représentant légal

ENGAGEMENT DE PARTICIPATION AUX FRAIS D'HEBERGEMENT

Je soussigné (e),

M., Mme, Melle :

Prénoms :

Adresse :

.....

.....

Téléphone : / /

m'engage à régler à la Maison de retraite, le complément des frais d'hébergement et / ou de dépendance restant dus par :

mon, ma (degré de parenté)

M., Mme, Melle :

après versement de la participation financière au titre de l'aide personnalisée à l'autonomie.

Fait à le / /

Signature

Résident(e)

--

Coordonnées du correspondant principal	M., Mme, Mlle
	Adresse
	Complément
	Code postal Ville
	Fixe
	Téléphone Mobile
	Fax
E-mail @	

En cas d'urgence, me contacter au numéro suivant



--

Coordonnées des autres correspondants	M., Mme, Mlle
	Fixe
	Téléphone Mobile
	M., Mme, Mlle
	Fixe
	Téléphone Mobile
	M., Mme, Mlle
	Fixe
	Téléphone Mobile
	M., Mme, Mlle
	Fixe
	Téléphone Mobile