

FOYER de la RÉSIDENCE des BOISSEAUX
Centre de soins de Réadaptation et de Réhabilitation Psychosociale

7 – route des Conches - 89470 MONETEAU

Tel : 03.86.40.61.55 Fax : 03.86.40.55.19 Email : boisseaux-foyer@wanadoo.fr

Etablissement de santé participant à l'intérêt collectif

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRÉADMISSION

(Cadre réservé à l'administration)

Date de la visite accueil :

Avis :

Date d'entrée :

Candidat(e)

NOM et Prénom :

Date et lieu de Naissance :

Adresse :

Tél. :

Tél portable :

Situation de famille :

Profession :

Nationalité :

(joindre une copie de la carte d'identité ou de la carte de séjour le cas échéant)

**Photo
d'identité
récente
obligatoire**

Coordonnées du représentant(e) légal(e) :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Fax :

e-mail :

En qualité de : TUTEUR(RICE) - CURATEUR(RICE) - AUTRE (à préciser)

(Joindre le jugement du Tribunal d'Instance)

Ressources de la personne

(AAH, RSA, IJ, PI etc) (Joindre les justificatifs)

Nature des ressources :

Organisme payeur et adresse :

N° d'allocataire de la CAF :

Nature des ressources :

Organisme payeur et adresse :

N° d'allocataire de la CAF :

Démarches effectuées auprès de la CDAPH (Commission Départementale Autonomie Personne Handicapée)

(Joindre les justificatifs)

Démarches déjà réalisées (RTH, AAH, placement, orientation etc....):**Adresse de la MDPH :**

Nature et date d'effet de la décision prise par la CDAPH :

Nature et date d'effet de la décision prise par la CDAPH :

Nature et date d'effet de la décision prise par la CDAPH :

Dernières démarches entreprises :

Décisions sollicitées :

A quelle date :

Tél. :

Fax :

Carte d'invalidité : NON - OUI (joindre une copie)

Mode de soutien avant l'entrée au foyer

Hospitalisation complète depuis le

Nom de l'établissement :

Hospitalisation de jour depuis le

Nom de l'établissement :

Autres structures- depuis le

Nom de l'établissement :

Cure ambulatoire depuis le

Afin d'éviter les désagréments des allers-retours du dossier, merci de le remplir correctement et d'y adjoindre les justificatifs nécessaires : copie de l'attestation d'ouverture de droits à l'assurance maladie, de la carte de mutuelle, des ressources, des démarches effectuées auprès des MDPH, de la carte d'identité et/ou du titre de séjour.

Engagement du candidat (e) ou de son représentant légal :

Je soussigné(e) M

m'engage à régler les frais de séjour laissé à ma charge.

A le

Signature