

FOYER de la RÉSIDENCE des BOISSEAUX

7 – route des Conches - 89470 MONETEAU

Tel : 03.86.40.61.55

Etablissement admis à participer à l'exécution du Service Public Hospitalier

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRÉADMISSION

(à renvoyer au Secrétariat du Foyer)

Afin d'éviter les désagréments des aller-retour 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 C.D.A.P.H, de la carte de séjour.

Candidat(e)

NOM et Prénom :

Date et lieu de Naissance :

Adresse :

.....

Tél. :

Situation de famille :

Profession :

Nationalité :

(joindre la carte de séjour le cas échéant)

Photo

d'identité

Coordonnées du représentant(e) légal(e) :

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

Tél. :

Fax :

En qualité de TUTEUR(RICE) - CURATEUR(RICE) – AUTRE (ex : Sauvegarde)

Joindre le jugement du Tribunal d'Instance

Personnes accompagnant le projet de réinsertion - Equipe coordonnant le projet

① NOM et Prénom :

Qualité :

Adresse :

Tél. :

Fax :

② NOM et Prénom :

Qualité :

Adresse :

Tél. :

Fax :

Conditions de vie habituelles

Renseignements Sociaux

Sécurité Sociale : (joindre l'attestation des droits à la sécurité sociale)

NOM et Prénoms de l'assuré(e) :

Né(e) le à

N° d'immatriculation

Adresse de la caisse de sécurité sociale:

Tel. :

Fax :

Mutuelle : (joindre copie de la carte mutuelle ou attestation CMU Complémentaire)

Nom et Prénom du mutualiste :

N° adhérent :

Adresse de l'organisme:

Tel. :

Fax :

Ressources de la personne

Joindre les justificatifs

◆ **Indemnités journalières** depuis le
Organisme payeur et adresse :

◆ **Allocation chômage** depuis le
Organisme payeur et adresse :

◆ **R.M.I.** depuis le
Organisme payeur et adresse :
N° d'allocataire :

◆ **A.A.H.** depuis le
Organisme payeur et adresse :
N° d'allocataire :

◆ **Pension d'invalidité** depuis le
Organisme payeur et adresse :

◆ **Autres prestations :**
Nature :
Organisme payeur et adresse :

Nature :
Organisme payeur et adresse :

Mode de soutien avant l'entrée au foyer

- Hospitalisation complète depuis le à
- Hospitalisation partielle depuis le à
- Cure ambulatoire depuis le à
- En structures alternatives depuis le à
- En structures médico-sociales depuis le à

Joindre les justificatifs

Démarches déjà réalisées :

1 – Décision de placement :

Nature:

Décision prise par la C.D.A.P.H de

Date d'effet de la décision :

Nature:

Décision prise par la C.D.A.P.H de

Date d'effet de la décision :

2 – Décisions d'orientations :

Nature:

Décision prise par la C.D.A.P.H de

Date d'effet de la décision :

Nature:

Décision prise par la C.D.A.P.H de

Date d'effet de la décision :

Dernières démarches entreprises :

Adresse de la C.D.A.P.H:

Décisions sollicitées :

A quelle date :

Tél. :

Fax :

Démarches entreprises en vue d'une réinsertion sociale et/ou professionnelle

Organisme :

En vue de :

Par :

NOM et Prénom du candidat :

Scolarité

Dernière classe suivie :

Diplômes obtenus :

Formation

Filière suivie :

Diplôme ou niveau :

Activité professionnelle

EMPLOIS OCCUPES	PERIODES	RAISONS DE L'INTERRUPTION

Domiciles occupés en dehors du domicile parental

PERIODES	ADRESSES	AUTRES OCCUPANTS

Relations familiales

	PARENTS	AUTRES
Nom et prénom		
Situation de famille		
Profession		
Domicile		

NOM et Prénom du candidat :

But du séjour envisagé

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