



Pôle établissements médico-sociaux  
EAUX VIVES – PRIEURE

# **Dossier Administratif**

Ce dossier peut être complété avec l'aide éventuelle  
de la personne de votre choix.

**Cadre réservé aux Services Administratifs**  
**Référent famille : Madame HARMAND : 02.37.51.54.96**

Date de réception de la demande : .....

1 / INTRODUCTION

Demande déposée par : L'intéressé(e)  Un membre de la famille  Autre

◆ Si autre, à préciser : .....

La personne est-elle à domicile ? Oui  Non

La personne est-elle hospitalisée ? Oui  Non

◆ Si Oui :

dans quel établissement ? .....

dans quel service ? .....

D'autres demandes d'hébergement ont-elles été déposées ? Oui  Non

◆ Si Oui :

dans quel(s) établissement(s) ? .....

.....

2 / ETAT CIVIL DU (OU DE LA) RESIDENT(E)

Madame

Monsieur

Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | |

                    Jour                      Mois                      Année

Lieu de naissance : ..... Département : .....

Nationalité : .....

Situation de famille : Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  Pacsé(e)

Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf (ve)

3 / ADRESSE

N° rue – avenue : .....

Complément d'adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... ☎ | | | | | | | | | | | | | | | |

Depuis quand habitez-vous à cette adresse : .....

Si vous êtes domicilié(e) à cette adresse depuis moins de 3 mois ou si vous résidez en foyer logement, veuillez préciser votre adresse précédente : .....

.....

Vous êtes : Propriétaire  Locataire  Hébergé chez un tiers \*

\* Joindre une attestation d'hébergement signée de la personne accueillante

**4 / ENVIRONNEMENT**

Vivez-vous seul(e) ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Vivez-vous avec vos enfants ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Vivez-vous avec une personne dépendante ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des contacts avec votre famille ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Votre voisinage est-il aidant ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Les commerces sont-ils accessibles ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

**5 / HABITAT ACTUEL**

**ACCESSIBILITE :**

Votre logement est-il isolé ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Vivez-vous dans un pavillon ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Vivez-vous en appartement ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Votre logement comporte-t-il des marches ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

**EQUIPEMENT :**

Votre logement est-il équipé d'un téléphone ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Votre logement est-il équipé de sanitaires adaptés ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

**6 / PROFESSIONS**

Métiers exercés	Durées (approximatives)

Précisez votre date de mise en retraite :

**7 / COMPOSITION DE LA FAMILLE**

**VOTRE CONJOINT :**

Nom usuel : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : | | | | | | | | | |

Votre conjoint est-il :      Retraité       En activité       Décédé

Si vous êtes divorcé(e), séparé(e) ou si votre conjoint est décédé, merci de précisez la date : .....

**VOS ENFANTS :**

Noms et prénoms	Date de naissance	Situation familiale (Célibataire Marié, Divorcé etc.)	Adresses et Téléphones	En activité	Sans activité	En invalidité	Retraité	Décédé
	...../...../.....		..... ..... ☎                     )					
	...../...../.....		..... ..... ☎                     )					
	...../...../.....		..... ..... ☎                     )					
	...../...../.....		..... ..... ☎                     )					
	...../...../.....		..... ..... ☎                     )					



**11 / SERVICE SOCIAL**


Avez-vous pris contact avec un service social ?      Oui       Non

◆ Si oui :

Nom et Prénom de votre interlocuteur : .....

Adresse : .....

.....Code Postal : ..... Ville : .....

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**12 / COUVERTURE SOCIALE**

**CAISSE D'ASSURANCE MALADIE :**

Nom de la Caisse : .....

Nom et Prénom de l'Assuré : .....

Adresse (figurant sur votre carte d'assuré social).....

.....Code Postal : ..... Ville : .....

N° de sécurité sociale      | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Clé

**MUTUELLE COMPLEMENTAIRE :**

Nom de la Mutuelle : .....

Adresse (figurant sur votre carte d'adhérent).....

.....Code Postal : ..... Ville : .....


N° d'adhérent : .....

**13 / MEDECIN TRAITANT**

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

.....Code Postal : ..... Ville : .....

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

<b><u>VOS PENSIONS DE RETRAITE :</u></b>	
<b>Nom de l'Organisme :</b>	<b>Montant mensuel perçu :</b>
<b><u>VOS AUTRES RESSOURCES :</u></b>	
	<b>Montant mensuel perçu :</b>
<b>Allocation handicapés</b>	
<b>Allocations Familiales</b>	
<b>Allocation Logement (joindre une attestation) n° allocataire : .....</b>	
<b>Rentes Accident du Travail</b>	
<b>Rentes ou pensions d'invalidité civile</b>	
<b>Rentes viagères</b>	
<b>Pensions de guerre</b>	
<b>Pensions militaires d'invalidité</b>	
<b>Revenus locatifs, fermages</b>	
<b>Revenus mobiliers</b>	
<b>Pensions alimentaires versées par les enfants</b>	
<b>Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (joindre la notification)</b>	
<b>Autres ressources</b>	

TOTAL MENSUEL :

TOTAL ANNUEL :


<b>PENSIONS DE RETRAITE DE <u>VOTRE CONJOINT</u> :</b>	
<b>Nom de l'Organisme :</b>	<b>Montant mensuel perçu :</b>
<b>AUTRES RESSOURCES DE <u>VOTRE CONJOINT</u> :</b>	
	<b>Montant mensuel perçu :</b>
<b>Allocation handicapés</b>	
<b>Allocations Familiales</b>	
<b>Allocation Logement (joindre une attestation) n° allocataire : .....</b>	
<b>Rentes Accident du Travail</b>	
<b>Rentes ou pensions d'invalidité civile</b>	
<b>Rentes viagères</b>	
<b>Pensions de guerre</b>	
<b>Pensions militaires d'invalidité</b>	
<b>Revenus locatifs, fermages</b>	
<b>Revenus mobiliers</b>	
<b>Pensions alimentaires versées par les enfants</b>	
<b>Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (joindre la notification)</b>	
<b>Autres ressources</b>	

**TOTAL MENSUEL :**  
**TOTAL ANNUEL :**




**15 / GESTION ADMINISTRATIVE**

**FORMALITES ADMINISTRATIVES :**

Remplissez-vous seul (e) vos formalités administratives ?    Oui        Non   

◆ Si Non, quelle est la personne qui vous aide ? .....

**GESTION DU BUDGET :**

Gérez-vous seul(e) votre budget ?    Oui        Non   

◆ Si Non, quelle est la personne gestionnaire ? .....

Avez-vous donné une procuration ?    Oui        Non   

◆ Si Oui, à qui ? : - .....  
- .....

A qui envoie t-on la facture ? .....

**16 / AIDE SOCIALE**

Avez-vous déposé une demande à l'Aide Sociale ?    Oui        Non   

◆ Si Oui, joindre le récépissé de demande d'Aide Sociale

**17 / COMPOSITION DU PATRIMOINE**

Patrimoine immobilier (maison, terre, etc.)

.....  
.....

Comptes bancaires

.....  
.....

Placements financiers

.....  
.....

Y-a-t-il un notaire ?    Oui        Non   

◆ Si Oui :

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

.....Code Postal : ..... Ville : .....

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**18 / CONTRAT OBSEQUES**

Avez-vous prévu un contrat d'obsèques ?                      Oui                         Non  

◆ Si Oui, joindre une copie du contrat

Choix des pompes funèbres ? : .....

La personne a-t-elle fait des directives anticipées ?    Oui                         Non  

Nom de la personne de confiance : .....

Avez-vous une préférence pour l'institution ? :

Eaux Vives    Oui                         Non  

Prieuré        Oui                         Non  

Le choix définitif sera déterminé par la commission d'admission

Nom de la personne qui a complété le dossier (à renseigner obligatoirement) :

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

..... Code Postal : ..... Ville : .....

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date : .....

Signature :

# ENGAGEMENT DE PAYER

Je soussigné (e) Mr ou  
Mme \_\_\_\_\_

Demeurant  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

M'engage à payer **chaque mois** au Régisseur des Recettes, la somme correspondant au frais d'hébergement et de dépendance

De M. \_\_\_\_\_ hébergé (e) dans  
l'établissement.

Le jour de l'entrée du résident, la personne qui a signé l'engagement de paiement doit régler :

- **Un mois d'avance, soit 30 jours. Cette somme sera déduite du règlement des frais d'hébergement et de dépendance lors de la dernière facturation du mois en cours.**
- **Les règlements s'effectuent à terme échu du 5 au 15 de chaque mois.**

Cet engagement sera intégralement reconduit lors des changements de tarifs intervenant sur arrêtés du Président du Conseil Général d'Eure et Loir, que ce soit en début ou en cours d'année. Dans le cas où des difficultés financières personnelles viendraient à se présenter, je m'engage à en tenir informé la Direction de la Maison des Eaux Vives dès que possible, en vu de rechercher toute solution dans le cadre légal ou réglementaire.

Si, en particulier, l'AIDE SOCIALE devait être sollicitée, le présent engagement restera valable jusqu'à NOTIFICATION DE LA DECISION DEFINITIVE DE LA COMMISSION D'ADMISSION.

Fait à Dreux, le  
Signature précédée de la mention « Lu et  
Approuvé »