

RÉSIDENCE AUTONOMIE

« LES GARRIGUES »

Fiche de premier contact – Demande d'admission

☐ Premier contact téléphonique ☐ Visite de la résidence ☐ Dossier de demande

Date : ____ / ____ / ____

Personne ayant reçu le prospect : _____

1. LE FUTUR RÉSIDENT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Âge : ____ ans

Téléphone : _____

Adresse :

Situation actuelle

☐ À domicile

☐ Chez un proche

☐ Résidence autonomie

☐ EHPAD

☐ Hôpital

☐ Autre : _____

Situation familiale :

☐ Célibataire

RÉSIDENCE AUTONOMIE

« LES GARRIGUES »

- ☐ Marié(e)
- ☐ Veuf(ve)
- ☐ Divorcé(e)
- ☐ Autre : _____

2. SITUATION MÉDICALE

Médecin traitant :

Professionnels intervenant au domicile

- ☐ Aide à domicile
- ☐ SSIAD
- ☐ Infirmier(ère)
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Portage de repas
- ☐ Téléassistance
- ☐ Autre : _____

GIR (si connu) : _____

Éléments médicaux importants ou pathologies à connaître :

3. SITUATION ADMINISTRATIVE

RÉSIDENTE AUTONOMIE

« LES GARRIGUES »

Revenu fiscal de référence (si connu) :

Aides perçues :

☐ APA

☐ APL

☐ Aide sociale

☐ Aucune

☐ Autre : _____

4. LE PROJET

Pourquoi souhaitez-vous intégrer la résidence ?

☐ Rompre l'isolement

☐ Se rapprocher de la famille

☐ Sécuriser le quotidien

☐ Difficultés dans le logement actuel

☐ Perte d'autonomie légère

☐ Autre :

Date d'entrée souhaitée :

Appartement souhaité :

☐ Studio

RÉSIDENCE AUTONOMIE

« LES GARRIGUES »

☐ T1 Bis

☐ Peu importe

5. COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LA RÉSIDENCE ?

☐ Bouche-à-oreille

☐ Famille

☐ Ami

☐ Professionnel de santé

☐ Hôpital

☐ CCAS

☐ Mairie

☐ Internet

☐ Réseaux sociaux

☐ Autre :

6. PERSONNE RÉFÉRENTE

Nom : _____

Prénom : _____

Lien avec le futur résident :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse :

RÉSIDENCE AUTONOMIE

« LES GARRIGUES »

Téléphone :

Adresse e-mail :

7. DISPONIBILITÉS DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE

Jour	Horaires
Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	
Samedi	
Dimanche	

8. OBSERVATIONS

Visite de l'appartement effectuée :

☐ Oui ☐ Non

Brochure remise :

☐ Oui ☐ Non

Dossier d'admission remis :

☐ Oui ☐ Non

Souhaite être recontacté :

RÉSIDENCE AUTONOMIE

« LES GARRIGUES »

☐ Oui ☐ Non

Date de relance prévue :

____ / ____ / ____

Notes

Résidence Autonomie « Les Garrigues »

Mme Cindy GUIOT Responsable établissement

☎ 06 89 12 63 41

RÉSIDENCE AUTONOMIE

« LES GARRIGUES »

Encadré réservé au personnel

Date du premier contact : ____ / ____ / ____

Mode de contact :

☐ Téléphone ☐ Mail ☐ Visite spontanée ☐ Orientation partenaire

Personne ayant traité la demande :

État du dossier

- ☐ Renseignement simple
- ☐ Visite programmée
- ☐ Visite effectuée
- ☐ Dossier remis
- ☐ Dossier complet
- ☐ Dossier en attente
- ☐ Commission d'admission
- ☐ Admission validée
- ☐ Inscription sur liste d'attente
- ☐ Dossier abandonné

Documents remis

- ☐ Plaquette de présentation
- ☐ Tarifs
- ☐ Dossier d'admission
- ☐ Règlement de fonctionnement
- ☐ Contrat de séjour

RÉSIDENCE AUTONOMIE

« LES GARRIGUES »

☐ Autres :

Documents reçus

☐ Dossier complété

☐ Avis d'imposition

☐ Carte d'identité

☐ Attestation d'assurance

☐ Justificatif de ressources

☐ Autres :

Relance

Date prévue : ____ / ____ / ____

Mode de relance :

☐ Téléphone

☐ Mail

☐ Courrier

☐ Sans suite

Décision

☐ Admission

☐ Liste d'attente

☐ Refus

☐ Désistement

Date de décision : ____ / ____ / ____

Observations internes