



DOSSIER D'INSCRIPTION

DES RÉSIDENCES RATTACHÉES AU CENTRE HOSPITALIER DE TOURCOING

Mise à jour
07/2024

Résidence « Isabeau du Bosquel »

89, rue Nationale
59200 TOURCOING
03.20.23.43.00

Résidence « Mahaut de Guisnes »

135, rue du Président Coty
59208 TOURCOING Cedex
03.20.69.47.00

Résidence « Les Maisonnées »

155, rue du Président Coty
59208 TOURCOING Cedex
03.20.69.47.50

www.ch-tourcoing.fr

Date d'entrée souhaitée

Immédiate

Dans les 6 mois

Echéance plus lointaine

1. ETAT CIVIL

Nom patronymique	<input type="text"/>	Nom de jeune fille	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Nationalité	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Lieu de naissance	<input type="text"/>
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vivant seul(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	Date du PACS : <input type="text"/> Date du mariage : <input type="text"/> Date du divorce : <input type="text"/> Date de veuvage : <input type="text"/>
Adresse complète (Domicile de secours)	<input type="text"/>		
Situation actuelle	<input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisé(e) <input type="checkbox"/> Chez un tiers <input type="checkbox"/> En maison de retraite		
Si Hospitalisation, préciser	L'établissement	<input type="text"/>	
	Le service	<input type="text"/>	
	La date d'entrée	<input type="text"/>	

La personne est-elle placée sous mesure de protection ?	Demande en cours	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Sous sauvegarde de Justice	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Sous curatelle simple ou renforcée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Sous tutelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Mandat de protection future	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coordonnées de la personnes en charge de la mesure / du notaire dépôt du mandat		

2. COORDONNEES DES ENFANTS dans l'ordre de fratrie (du plus vieux au plus jeune, vivant ou décédé)

Enfants			Situation familiale <i>(Célibataire, marié, divorcé, concubinage, pacsé...)</i>	Conjoints		Nombre d'enfants issu du mariage
Nom et prénom <small>(pour les enfants décédés, préciser « DCD »)</small>	Adresse	Téléphone		Nom (jeune fille) et prénom	Téléphone	
		Fixe : <input type="text"/> Portable : <input type="text"/>			Portable : <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fixe : <input type="text"/> Portable : <input type="text"/>			Portable : <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fixe : <input type="text"/> Portable : <input type="text"/>			Portable : <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fixe : <input type="text"/> Portable : <input type="text"/>			Portable : <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fixe : <input type="text"/> Portable : <input type="text"/>			Portable : <input type="text"/>	<input type="text"/>

3. PERSONNES A CONTACTER

a. Mandataire Judiciaire

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Lien de parenté	<input type="text"/>		
Type de mesure	<input type="checkbox"/> Curatelle simple <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Mandat de protection future <input type="checkbox"/> Aux biens <input type="checkbox"/> A la personne		
Adresse complète	<input type="text"/>		
Téléphone domicile	<input type="text"/>	Téléphone travail	<input type="text"/>
Portable	<input type="text"/>	Adresse mail	<input type="text"/>

b. Référent familial

1	Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
	Lien de parenté	<input type="text"/>		
	Référent	<input type="checkbox"/> Informations administratives <input type="checkbox"/> Informations relatives à la prise en charge		
	Adresse complète	<input type="text"/>		
	Téléphone domicile	<input type="text"/>	Téléphone travail	<input type="text"/>
	Portable	<input type="text"/>	Adresse mail	<input type="text"/>

2	Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
	Lien de parenté	<input type="text"/>		
	Référent	<input type="checkbox"/> Informations administratives <input type="checkbox"/> Informations relatives à la prise en charge		
	Adresse complète	<input type="text"/>		
	Téléphone domicile	<input type="text"/>	Téléphone travail	<input type="text"/>
	Portable	<input type="text"/>	Adresse mail	<input type="text"/>

4. MODE DE FINANCEMENT DES FRAIS DE SEJOUR

AIDE SOCIALE Prévu Dossier en cours de constitution Dossier déposé au CCAS le
 Effective en date du (date de décision)

PAYANT

5. RESSOURCES

a. Pensions (toutes les pensions françaises et étrangères)

Nom des Caisses	Montant (préciser si mensuel ou trimestriel ou annuel)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

b. Autres (Pension d'ancien combattant, rente...)

Nom	Montant (préciser si mensuel ou trimestriel ou annuel)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Possédez-vous ?	Si oui, précisez le ou les organisme(s) (banque/agence, pompes funèbres)
Compte(s) Bancaire(s) / CCP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="text"/>
Carte de crédit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="text"/>
Carte de retrait automatique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="text"/>
Chéquier(s) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="text"/>
Livret d'Épargne (Livret A, CODEVI, LEP...) Titres (actions, obligations, bons du Trésor, ...)	<input type="text"/>

Possédez-vous ?		Si oui, précisez le ou les organisme(s) (banque/agence, pompes funèbres)
Revenus de capitaux immobiliers	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Contrat d'Assurance Vie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Prêt en cours de remboursement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Dettes diverses	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Plan de surendettement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<i>Si oui, joindre plan de surendettement</i>
Obsèques <ul style="list-style-type: none"> • Contrat obsèques • Assurance décès • Garanties obsèques 	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Nom(s) des pompes funèbres choisies ou presenties		
Concession	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Quelle(s) est(sont) la(les) personne(s) détentrice(s) de vos informations financières ?		
Quelle est la personne qui détient vos moyens de paiement ?		
Avez-vous donné procuration ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	(Préciser le nom, lien de parenté et l'adresse de la personne ayant procuration)

6. SECURITE SOCIALE – MUTUELLE – ALLOCATIONS FAMILIALES – APA – PRESTATION HANDICAP

Numéro de <u>Sécurité Sociale</u>	<input type="text"/>
Coordonnées de l'organisme S.S.	<input type="text"/>
Avez-vous une <u>mutuelle/CSS</u> ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coordonnées de l'organisme	<input type="text"/>
Numéro d'adhérent	<input type="text"/>
Montant	<input type="text"/>
Percevez-vous des prestations de la CAF ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coordonnées de la Caisse :	<input type="text"/>
Numéro d'allocataire :	<input type="text"/>
APA ¹	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Demande en cours
Numéro de dossier :	<input type="text"/>
Prestation Compensation du Handicap / Allocation compensatrice pour Tierce Personne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

1 L'établissement ayant opté pour un versement de l'APA sous forme de dotation globale, l'allocation lui est directement versée. Il n'y a donc pas de demande à réaliser.

7. LOGEMENT

Vous êtes :

<input type="checkbox"/> Propriétaire	De votre habitation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	De terrain(s)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	De garage(s)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	D'autre(s) maison(s)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Locataire	Indiquer les coordonnées de l'organisme locatif <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<input type="checkbox"/> Logé à titre gratuit		
<input type="checkbox"/> Usufruitier(e) d'une maison vendue en viager		

8. CONSENTEMENT

La personne concernée est-elle informée de la demande ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

9. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI REMPLIT CE DOSSIER D'INSCRIPTION

Préciser le Nom – Prénom, adresse et lien de parenté de la personne ayant constitué le dossier

En conséquence de l'admission à l'aide sociale, toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites judiciaires, l'application des peines prévues par l'article 405 du code pénal et le recouvrement des prestations indûment perçues.

A le

Signature

(Nom et prénom si saisie informatique)

10. LISTE DES PIÈCES NÉCESSAIRES POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pièce d'identité (carte nationale d'identité/carte de séjour/passeport) | <input type="checkbox"/> Avis d'imposition ou de non imposition des 2 dernières années |
| <input type="checkbox"/> 4 photos d'identité | <input type="checkbox"/> Dernière déclaration de revenus (n-1) |
| <input type="checkbox"/> Copie complète du livret de famille (y compris la 1ère page vierge) OU extrait d'acte de naissance pour les célibataires avec mention marginale et registre civil | <input type="checkbox"/> Attestations annuelles des caisses de retraite |
| <input type="checkbox"/> Copie de l'attestation de PACS | <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance habitation |
| <input type="checkbox"/> Jugement de mise sous protection | <input type="checkbox"/> Copie de la dernière taxe d'habitation, taxe foncière (le cas échéant) |
| <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité et notification de reconnaissance du handicap | <input type="checkbox"/> Copie de la décision d'attribution d'APA (ou AR de la demande) |
| <input type="checkbox"/> Attestation de Sécurité Sociale | <input type="checkbox"/> Justificatifs de la prestation Handicap |
| <input type="checkbox"/> Copie de la Carte Vitale | <input type="checkbox"/> Copie du contrat obsèques et échéancier de paiement |
| <input type="checkbox"/> Carte de mutuelle ou attestation de CMU complémentaire | <input type="checkbox"/> Copie du titre de concession |
| <input type="checkbox"/> Copie des garanties de mutuelle | <input type="checkbox"/> RIB |
| <input type="checkbox"/> Carte d'allocataire de la CAF ou justificatif | |

Documents complémentaires à joindre pour un dossier d'Aide Sociale

- Accusé de réception de la demande d'Aide Sociale
- Quittance de loyer pour les locataires, attestation sur l'honneur pour les personnes logées à titre gratuit, acte notarié pour les maisons vendues en viager
- Historique sur 2 ans des livret(s) d'épargne (Livret A, B, LEP, PEP, CODEVI,...)
- Relevés de compte bancaire, postal ou d'épargne des 6 derniers mois
- Relevés détaillés des actions, obligations et bons du Trésor
- Contrat d'assurance vie (Nom(s) du/des bénéficiaire(s), capital à ce jour, date de souscription et clauses bénéficiaires)
- Tableau d'amortissement de prêt (immobilier, à la consommation)
- Ordre de virement pour les 6 prochains mois

Documents complémentaires à joindre pour un dossier payant

- Derniers relevés des comptes courant et d'épargne
- Engagement de payer signé
- Provision à l'entrée (égale au tarif hébergement x 31, à l'ordre du Trésor Public)
- Autorisation de prélèvement

Informations médicales complémentaires au cadre de la résidence lors de la visite de pré-admission

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Protocole de soins si ALD | <input type="checkbox"/> Carte de groupe sanguin | <input type="checkbox"/> Carnet de vaccination |
| <input type="checkbox"/> Formulaire de désignation de la personne de confiance (signé par la personne elle-même) | <input type="checkbox"/> Déclaration de directives anticipées (signée par la personne elle-même) | |