

DOSSIER DE CANDIDATURE en résidence de retraite non médicalisée

(logement-foyer, résidence avec services, ...)

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE
agirc et arrco

A retourner, dûment complété, à

RESIDENCE LES STRELITZIAS

A l'attention de la Direction de la Résidence Seniors

2 rue Pierre Commanay 06160 JUAN LES PINS

E-mail : residenceseniors@hotelstrelitzias.com

Tél. : 04 92 93 64 00



AG2R LA MONDIALE

NB/ seuls le service d'action sociale des caisses de retraite complémentaire et les établissements sollicités sont destinataires des informations figurant dans ce dossier

Dossier administratif



Pour toute demande déposée pour un couple, remplir un dossier par personne

CANDIDAT

Nom :

Prénoms :

Nom de jeune fille (éventuellement) :

Date et lieu de naissance :

Adresse habituelle :

Tél. : E-mail :

Votre adresse actuelle (si vous ne vivez pas à votre domicile) :

Etes-vous : Propriétaire Locataire Hébergé

SITUATION DE FAMILLE

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié (e) |
| <input type="checkbox"/> Veuf (ve) | <input type="checkbox"/> Pacs |
| <input type="checkbox"/> Séparé (e) | <input type="checkbox"/> Concubinage |
| <input type="checkbox"/> Divorcé (e) | |

Nombre d'enfant (s) :

PERSONNE À CONTACTER EN PRIORITÉ :

N° SECURITE SOCIALE

MUTUELLE

Numéro d'adhérent :

Nom :

Adresse :

MEDECIN TRAITANT

Nom et adresse :

.....

Activités professionnelles avant la retraite :

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique ?

OUI

NON

Si oui : Sauvegarde de justice

Curatelle

Tutelle

Représentant légal :

Avez-vous souscrit une assurance dépendance ?

OUI

NON

Si oui, organisme :

N° contrat :

Avez-vous un notaire ? (réponse facultative)

OUI

NON

Si oui, Nom et adresse :

.....

Avez-vous un contrat d'obsèques ? (réponse facultative)

OUI

NON

Si oui, organisme :

N° contrat :

Adresse :

Nom du conjoint, des enfants, des plus proches parents ou amis

Nom & Prénom	Parenté	Adresse	Téléphone

CONJOINT

Votre conjoint est également candidat à une admission ?

OUI

NON

Si oui, dans le même établissement ?

OUI

NON

Pour toute demande déposée pour un couple, remplir un dossier par personne

Date d'entrée souhaitée : dès que possible dans les six mois échéance plus lointaine

Localisation géographique souhaitée (*ville ou département*) :

.....
.....

Est-ce pour rapprochement familial OUI NON

Vœux de votre entourage
.....

Avez-vous un animal de compagnie ? OUI NON

Si oui, souhaitez-vous qu'il demeure avec vous ? OUI NON

Remarques particulières que vous souhaiteriez exprimer :

.....
.....
.....

En tant que candidat, êtes-vous à l'initiative de la demande d'entrée en établissement ?

OUI Plus ou moins Pas vraiment NON

Règlement des frais de séjour

Sollicitez-vous votre entrée à la résidence :

- Sur vos seules ressources
- Avec l'aide de vos enfants ou proches
- Avec l'aide sociale

Si vous souhaitez bénéficier de l'aide sociale, avez-vous fait une demande ? OUI NON

Si oui, est-elle :

- En cours (*date et lieu du dépôt de la demande*) :
- Accordée (*joindre la notification d'accord aide sociale*)

Bénéficiez-vous de l'APA ? OUI NON

- A domicile Montant mensuel :
- En établissement Montant mensuel :

Sinon, avez-vous une demande APA en cours ? OUI NON

- à domicile
 - en établissement
- Date et lieu du dépôt de la demande :

Bénéficiez-vous d'une allocation logement (APL-ALS) ? OUI NON

Montant mensuel :

A : Le :

Signature :

Important : Si le candidat n'est pas le signataire,

Préciser nom et qualité du signataire :

et joindre **impérativement** une procuration (modèle-type joint au dossier)

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

DOSSIER DE CANDIDATURE en résidence de retraite non médicalisée

(logement-foyer, résidence avec services, ...)

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE
agirc et arrco

A retourner, dûment complété, à

RESIDENCE LES STRELITZIAS

A l'attention de la Direction de la Résidence Seniors
2 rue Pierre Commanay 06160 JUAN LES PINS

E-mail : residenceseniors@hotelstrelitzias.com

Tél. : 04 92 93 64 00



AG2R LA MONDIALE

Dossier médical



A mettre sous pli cacheté
Document confidentiel destiné au médecin de l'établissement

Coordonnées du médecin ayant renseigné ce dossier :

Nom : Prénom :

Tél. : E-mail :

Nom du candidat :

Prénoms :

Date de naissance :

Raisons conduisant à une demande d'admission :

.....
.....
.....

PROVENANCE (si différente du domicile)

- Autre domicile Logement-foyer Moyen séjour EHPAD Long séjour
 Court séjour Service spécifique

Si provenance d'un établissement, nom et adresse ou cachet de l'établissement :

.....
.....

MEDECIN - TRAITANT

Nom et adresse :

.....
.....

Tél. : E-mail :

A- Examen clinique

Taille :

Poids :

Douleurs : OUI NON

Si oui, localisation :

Amaigrissement : OUI NON

Si oui, progressif rapide

Remarques :

Escarres : OUI NON

Si oui, localisation :

Sonde : OUI NON

Précisez :

B- Antécédents

Maladies, interventions chirurgicales et chutes (date et lieu) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

C- Pathologies actuelles

.....
.....
.....

Affections de longue durée OUI NON

Si oui, lesquelles :

.....
.....
.....

D- Fonctions sensorielles

Vision : Avec lunettes Avec lentilles Cécité
 Suffisante dans la vie courante Difficile

Audition : Avec appareillage Difficile Surdité
 Suffisante dans la vie courante

E- Traitement médical actuel

.....
.....
.....
.....
.....

Soins actuels

Infirmiers : durée sur 24 heures fréquence par semaine :
détailler : injections pansements dextro
Aides-soignants : durée sur 24 heures fréquence par semaine :
Kinésithérapeute : durée sur 24 heures fréquence par semaine :
Orthophoniste : durée sur 24 heures fréquence par semaine :

Oxygénothérapie : OUI NON
Si oui : sans aide avec aide continue discontinue

Nutrition :
 régime : préciser
 troubles du comportement alimentaire : préciser

Prise en charge actuelle : Hôpital de jour Accueil de jour HAD Prise en charge psychiatrique

F- Comportement

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coopération | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Dynamisme | <input type="checkbox"/> Cris |
| <input type="checkbox"/> Passivité | <input type="checkbox"/> Déambulation intérieure |
| <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Errance extérieure |
| <input type="checkbox"/> Agressivité | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Opposition | <input type="checkbox"/> Réveils la nuit |
| <input type="checkbox"/> Episodes délirants | <input type="checkbox"/> Dépression |

Conduites addictives : préciser

G- Neurologie

Troubles de la marche : OUI NON
Troubles de l'équilibre : OUI NON
Chute : OUI NON

Date de la dernière chute :

H- Difficultés pour

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mémoire ancienne | <input type="checkbox"/> Mémoire récente | <input type="checkbox"/> Langage |
| <input type="checkbox"/> Orientation dans le temps | <input type="checkbox"/> Orientation dans l'espace | <input type="checkbox"/> Raisonnement |

I- GIR

Niveau : Date d'évaluation du GIR :

Date :

Signature & cachet :

TEST DE FOLSTEIN

Score maxima	Score	Nom et prénom :
10		<p>ORIENTATION (1 point par réponse juste) Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.</p> <p>Quelle est la date d'aujourd'hui ? Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse dans l'ordre suivant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- En quelle année sommes-nous ? 2- En quelle saison ? 3- En quel mois ? 4- Quel jour du mois ? 5- Quel jour de la semaine ? <p>Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6- Où sommes-nous ? (cabinet du médecin) 7- Dans quelle ville se trouve-t-il ? 8- Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? 9- Dans quelle province ou région est situé ce département ? 10- A quel étage sommes-nous ici ?
3		<p>APPRENTISSAGE Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous demanderai de les répéter tout à l'heure.</p> <p>11- Cigare ou Citron 12- Fleur ou Clé 13- Porte ou Ballon</p> <p style="text-align: right;">Répétez les 3 mots</p>
5		<p>ATTENTION ET CALCUL Comptez à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions. Noter le nombre de réponses correctes.</p> <p>14- 93 15- 86 16- 79 17- 72 18- 65</p> <p>Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenus le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM</p>
3		<p>RAPPEL Demander les 3 noms d'objets présentés auparavant (1 point par mot correct)</p>
8		<p>LANGAGE</p> <p>22- Montrer un crayon - Quel est le nom de cet objet ? 23- Montrer votre montre - Quel le nom de cet objet ? 24- Ecoutez bien et répétez après moi : "PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET" 25- Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : écoutez bien et faites ce que je vais vous dire : -prenez cette feuille de papier avec la main droite, 26- Pliez-la en deux, 27- et jetez-l par terre 28- Tendre une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : "FERMEZ LES YEUX" et dire au sujet : "faites ce qui est écrit" 29- Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant : "Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière"</p>
1		<p>LANGAGE</p> <p>30- Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : "voulez-vous recopier ce dessin"</p> 
Total (30)		

Cachet du médecin

Date :/...../.....

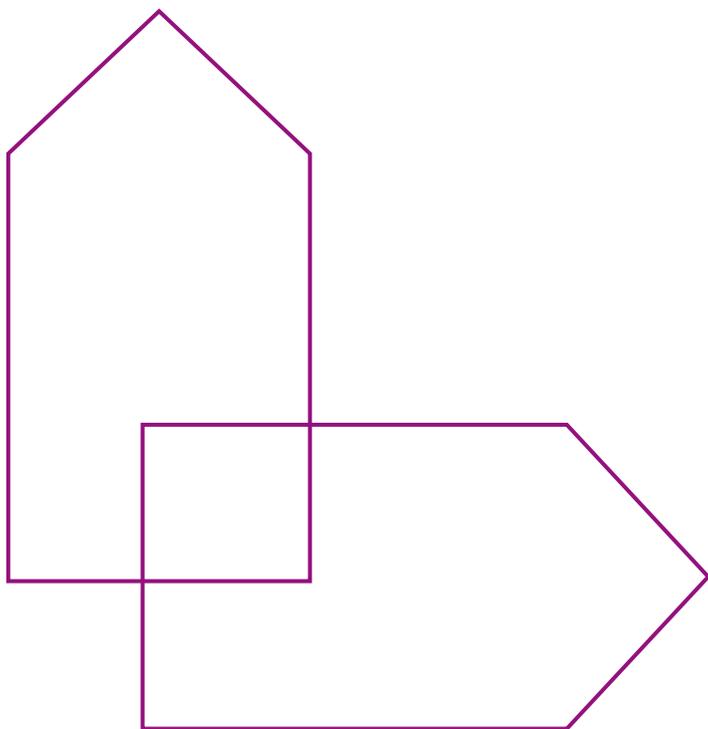
Signature du médecin

28-Faire ce qui est écrit

FERMEZ LES YEUX

29-Ecrire une phrase

30- Copier le dessin



GRILLE NATIONALE AGGIR

Nom et prénom :

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		A	B	C
COHERENCE	conserver et/ou se comporter de façon sensée			
ORIENTATION	se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
TOILETTE	concerne l'hygiène corporelle	haut		
		bas		
HABILLAGE	s'habiller, se déshabiller, se présenter	haut		
		Moyen		
		bas		
ALIMENTATION	manger les aliments préparés	Se servir		
		Manger		
ELIMINATION	assumer l'hygiène et l'élimination urinaire et fécale	Urinaire		
		Fécale		
TRANSFERT	se lever, se coucher, s'asseoir			
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR	avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...			
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR	à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
COMMUNICATION A DISTANCE	utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...			

VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		A	B	C
GESTION	gérer ses propres affaires, son budget, ses biens			
CUISINE	préparer ses repas et les conditionner pour les servir			
MENAGE	effectuer l'ensemble des travaux ménagers			
TRANSPORT	prendre et/ou commander un moyen de transport			
ACHATS	acquisition directe ou par correspondance			
SUIV DU TRAITEMENT	se conformer à l'ordonnance du médecin			
ACTIVITES DU TEMPS LIBRE	activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps			

- A fait seul, totalement, habituellement, correctement
 B fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C ne fait pas

Cachet du médecin

Date :/...../.....

Signature du médecin

DOSSIER DE CANDIDATURE en résidence de retraite non médicalisée

(logement-foyer, résidence avec services, ...)

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE
agirc et arrco

A retourner, dûment complété, à

RESIDENCE LES STRELITZIAS

A l'attention de la Direction de la Résidence Seniors

2 rue Pierre Commanay 06160 JUAN LES PINS

E-mail : residenceseniors@hotelstrelitzias.com

Tél. : 04 92 93 64 00



AG2R LA MONDIALE

NB/ seuls le service d'action sociale des caisses de retraite complémentaire et les établissements sollicités sont destinataires des informations figurant dans ce dossier

Vie quotidienne



**Pour mieux répondre à vos attentes et vos besoins, nous souhaitons mieux vous connaître.
Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire.**

Nom et prénom du candidat :

Motif de la demande d'admission en établissement :

.....
.....
.....

Entourage

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vit seul | <input type="checkbox"/> Vit en couple | <input type="checkbox"/> Vit avec un proche | <input type="checkbox"/> Vit avec une personne autonome |
| <input type="checkbox"/> Vit avec une personne dépendante | <input type="checkbox"/> Sans contact avec sa famille | <input type="checkbox"/> Sans voisinage | |
| <input type="checkbox"/> Information non connue | | | |

Aide actuelle

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Par la famille | <input type="checkbox"/> Par l'entourage | <input type="checkbox"/> Par des professionnels | <input type="checkbox"/> Infirmière |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Aide-ménagère | <input type="checkbox"/> Aide-soignante | <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie |
| <input type="checkbox"/> Autre | | | |
| <input type="checkbox"/> Information non connue | | | |

Vision

avec lunettes lentilles Suffisante dans la vie courante Difficile Cécité Information non connue

Audition

avec appareillage Suffisante dans la vie courante Difficile Surdité Information non connue

Orientation

Se repérer dans le temps Oui Non Pas toujours Information non connue

Se repérer dans les lieux Oui Non Pas toujours Information non connue

Toilette

Sans aide Avec incitation Aide partielle Aide totale
 Information non connue

Habillage

Sans aide Avec incitation Aide partielle Aide totale
 Information non connue

Alimentation

Sans aide Avec incitation Aide partielle Aide totale
 Régime Troubles de la déglutition Sonde gastrique
 Information non connue

Continence

Parfaitement continent Gère seul(e) ses problèmes d'incontinence
 Incontinent Information non connue

Transferts (lever, coucher)

Sans aide Aide partielle Aide totale information non connue

Déplacements

A l'extérieur
 Seul(e) Accompagné(e) Fauteuil Déambulateur
 Information non connue

A l'intérieur
 Seul(e) Accompagné(e) Fauteuil Déambulateur
 Information non connue

Gestion

Gère son budget et ses affaires Gère son budget partiellement Ne gère pas son budget
 Information non connue

Cuisine

Prépare tous ses repas Ne veut pas s'en soucier Ne peut pas faire de cuisine
 Information non connue

Ménage

Fait son ménage Ne veut pas s'en soucier Ne peut pas faire son ménage
 Information non connue

Transport

Conduit son véhicule Utilise les transports en commun Seul(e)
 Accompagné(e) information non connue

Achat

Fait ses achats directement ou par correspondance Fait une partie de ses achats
 Ne souhaite plus s'en occuper Ne peut plus s'en occuper information non connue

Suivi du traitement médical

- Sans aide
- Aide pour la préparation des médicaments
- Aide à la prise des médicaments
- Information non connue

Activités de temps libre

- Sociales
- Culturelles
- Physiques
- Autres

Détailler si possible :

.....

.....

- Information non connue

Autres renseignements que vous souhaiteriez communiquer :

.....

.....

.....

.....

.....

A : Le :

Signature :

Important : Si le candidat n'est pas le signataire,

préciser nom et qualité du signataire :

et joindre **impérativement** une procuration (modèle-type joint au dossier)

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

PIECES A JOINDRE A VOTRE DOSSIER

Pour permettre d'étudier rapidement votre candidature, il est indispensable que le questionnaire soit rempli d'une manière complète et précise.

Si le dossier est incomplet, il ne pourra être valablement étudié et vous sera retourné.

- Un Dossier Administratif par foyer fiscal :
 - Photocopie du dernier avis d'imposition sur le revenu
 - Justificatifs de versement des caisses retraites
 - Justificatifs attestant d'autres ressources (rentes, pensions, revenus fonciers...)
- Un Dossier Médical par personne :
 - A faire remplir et signer par votre médecin traitant
 - A joindre au dossier administratif dans une enveloppe fermée adressée au Service Médical de l'établissement.

Adresser votre dossier complet à :

RESIDENCE LES STRELITZIAS

**A l'attention de la Direction de la Résidence Seniors
2 rue Pierre Commanay 06160 JUAN LES PINS**

*Pour tout renseignement complémentaire
E-mail : residenceseniors@hotelstrelitzias.com
Tél. : 04 92 93 64 00*