

## DEMANDE D'ATTRIBUTION D'APPARTEMENT

Résidences autonomie Jean Goujon et  
Michel Colombe

### Cadre réservé à l'administration

Dossier reçu le : \_\_\_\_\_

Visite faite le : \_\_\_\_\_

Entretien fait le : \_\_\_\_\_

Visite à domicile facultative faite le : \_\_\_\_\_

Passage en commission d'admission : \_\_\_\_\_

Décision :         acceptée     ajournée     refusée

Motif : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Centre Communal d'Action Sociale – Hôtel de Ville

Parvis Raymond Lory – CS 50108 – 373001 Joué-lès-Tours Cedex

Résidence autonomie – 20 rue Pierre de Coubertin 37300 Joué-lès-Tours

Tél. 02.47.78.45.20

[residence.autonomie@jouelestours.fr](mailto:residence.autonomie@jouelestours.fr)

## PRESENTATION

Les Résidences Autonomie Jean Goujon et Michel Colombe sont des établissements publics de type Résidence autonomie, gérée par le Centre Communal d'Action Sociale. Elles accueillent des personnes valides et autonomes, à partir de 60 ans, seules ou en couple :

- La résidence Jean Goujon est composée de 65 logements : 8 F1 et 57 F1 bis
- La résidence Michel Colombe est composée de 59 logements : 54 F1 bis et 5 F2 (réservés au couple).

L'ensemble des logements disposent tous d'une salle de bain avec douche ainsi que d'une cuisine. Tous les appartements sont loués vides, ils sont aménagés par les résidents. Chaque résident est pourvu d'un appareil de télé-alarme portatif lui permettant de joindre en cas d'urgence, à tout moment du jour et de la nuit, le personnel en poste. Celui-ci est chargé de joindre les secours, en cas de besoin.

L'accès à la Résidence est contrôlé par un système de badge et d'un digicode qui garantissent la tranquillité des résidents.

Les résidences ne disposent d'aucun personnel médical et paramédical. Les résidents font appel aux praticiens de leur choix

Dans le cas où votre demande d'admission est acceptée mais que nous n'avons pas de logement vacant, nous plaçons votre dossier sur une liste d'attente. Dès qu'un logement se libèrera nous vous contacterons pour faire un point sur votre situation. Nous vous fournirons une nouvelle grille AGGIR afin de valider votre GIR et après examen de votre situation, nous vous proposerons éventuellement un logement.

La présente demande d'admission est conservée 1 an, au terme de ce délai, vous devrez refaire un dossier de demande d'admission.

\*\*\*\*\*

Type d'appartement souhaité :

- F1
- F1 bis
- F2 (uniquement pour les couples)

Avez-vous déjà visité la Résidence ?  Oui  Non

## QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

➤ **Etat civil du demandeur**

Civilité :  Mme  Mr

Nom marital : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom (s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Pays ou département : \_\_\_\_\_

Dernière profession exercée : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

➤ **Etat civil du co-demandeur (lors d'une demande de logement F2)**

Civilité :  Mme  Mr

Nom marital : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom (s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Pays ou département : \_\_\_\_\_

Dernière profession exercée : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

➤ **Situation familiale**

Célibataire  Marié(e)  Veuf (ve)  Pacsé(e)  Divorcé(e)/Séparé(e)

Avez-vous des enfants ? si oui, combien ? \_\_\_\_\_

➤ **Cordonnées de la personne à contacter au sujet de cette demande d'admission, si différent de la personne concernée**

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de la relation avec la personne concernée : \_\_\_\_\_

➤ **Cordonnées de la personne de confiance**

*Information sur la Personne de confiance*

**Article L1111-6 du Code de la santé publique**

*Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002, Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 art. 1011 Journal Officiel du 23 avril 2005)*

*« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.*

*Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.»*

*Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.»*

**Les références de la personne de confiance que vous aurez choisie seront consignées dans votre dossier; à votre demande, elles pourront être communiquées à votre médecin traitant, en cas d'hospitalisation aux médecins du service dans lequel vous séjournerez et aux services concernés en cas de décès.**

*Il vous appartient d'informer la personne que vous aurez désignée afin d'obtenir son accord. Le personnel de l'Etablissement ne peut pas être choisi.*

*Cette nomination est facultative; aussi, elle est révocable à tout moment.*

*Votre présent choix vous sera rappelé lors de votre éventuelle entrée dans l'établissement.*

Nom de famille de la personne de confiance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

➤ **Cordonnées des proches (enfant, frère/sœur, nièce, ami...)**

1 – Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

2 – Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

3 – Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

➤ **Mesure de protection juridique**       Aucune     Oui     En cours

Quel est le type de mesure :     Tutelle     Curatelle

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

**Coordonnées du mandataire**

Organisme : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

**VOTRE PROJET DE VIE EN RESIDENCE AUTONOMIE**

Actuellement, êtes-vous :

Locataire (*une entrée en Résidence autonomie réduit la durée du préavis auprès de votre bailleur ou propriétaire à 1 mois*)

Propriétaire :

Hospitalisé(e) lieu : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Avez-vous un animal ?     Chat     Chien     Autre \_\_\_\_\_

Pourquoi souhaitez-vous entrer à la Résidence autonomie Jean Goujon et Michel Colombe ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## VOS INTERVENANTS EXTERIEURS ACTUELS

### ➤ Médecin Traitant

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

### ➤ Infirmièr(e) à domicile : Oui Non

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

### ➤ Aide à domicile (aide au ménage, aide à la toilette) : Oui Non

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures :

A ce titre, bénéficiez-vous de l'A.P.A (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ? :  Oui  Non

### ➤ Portage de repas Oui Non

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

### ➤ Autres (kinésithérapeute, orthophoniste...) :

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

*Si vous ne pouvez garder vos services, nous pouvons vous transmettre une liste des services et professionnels de soins à proximité de la Résidence.*

## VOTRE REGIME DE PROTECTION SOCIALE

### ➤ Caisse d'assurance maladie

Numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Nom de la caisse : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS		
Vos ressources (montant mensuel)	Demandeur	Co-demandeur (F2)
Retraite principale Nom : _____		
Retraites complémentaires Nom : _____  Nom : _____		
Allocation de solidarité personne âgée (ASPA)		
Allocation adulte handicapé		
Pension d'invalidité		
Rentes (accident du travail, autre)		
Pension de guerre		
Revenus fonciers		
Pension alimentaire perçue		
Autre ressources (à préciser)		
<b>Total</b>		

- **Date d'entrée souhaitée :**
- Immédiate
- Dans les 6 mois suivant la demande
- Echéance plus lointaine : \_\_\_\_\_

*Je suis informé(e) que ma candidature ne pourra être complètement étudiée que si je fournis parallèlement les documents médicaux dûment remplis.*

*En cas d'admission, des pièces complémentaires nécessaires à mon accueil me seront demandées.*

*Conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD2016/679) et à la réglementation nationale associée, je suis informé(e) que je pourrai obtenir l'accès à mes données personnelles, la rectification ou la suppression de celles-ci en m'adressant au Délégué à la protection des données de la Ville de Joué-lès-Tours.*

*Je soussigné(e), M....., certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés et m'engage à prévenir la Résidence, si des éléments venaient à changer ou si je devais abandonner ma demande.*

Fait à.....Le.....  
Certifié exact

Signature:

## INFORMATION GRILLE AGGIR

Vous trouverez en complément du présent dossier un exemplaire (à reproduire pour chaque demandeur) de la Grille AGGIR à faire remplir par votre médecin traitant si vous n'avez pas fait de demande d'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) depuis plus de 6 mois.

### Texte réglementaire :

Décret n°2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

Le calcul du GIR sera effectué par l'équipe médico-sociale du Conseil Départemental en charge d'établir le plan d'aide de l'APA pour les personnes qui souhaitent en bénéficier **ou par le médecin traitant pour ceux qui ne font pas une demande d'APA. Cette information devra être mise à jour chaque année.** La Résidence autonomie devra tenir un tableau compilant les données de girage de l'ensemble des résidents concernés pour fournir ces informations anonymisées aux autorités qui en feraient la demande.

Références : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/5\\_fiche\\_dgcs\\_resid\\_autonomie\\_et\\_questions\\_reponses.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/5_fiche_dgcs_resid_autonomie_et_questions_reponses.pdf)

## INFORMATION SUR LA PROTECTION ET LA CONSERVATION DES DONNEES

Lorsque la collecte d'informations se fait par voie de questionnaire, la loi prévoit l'obligation de mentionner sur celui-ci certaines des prescriptions ci-dessous énoncées. Les informations portées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé par la Résidence Autonomie pour le suivi de votre dossier. Les destinataires des données sont le personnel de la résidence, les travailleurs sociaux du CCAS et la direction du CCAS.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'une limitation du traitement ainsi que de la portabilité des données. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser à la Résidence [residence.autonomie@jouelestours.fr](mailto:residence.autonomie@jouelestours.fr) avec copie par courrier à l'attention de DPO - Mairie de Joué-lès-Tours – Parvis Raymond Lory - CS 50108 – 373001 Joué-lès-Tours Cedex

Les dossiers de demande d'admission pour lesquels un logement a été attribué sont conservés dans le dossier de la personne accueillie.

Les dossiers de demande d'admission sur liste d'attente ou pour lesquels un logement a été refusé sont conservés 2 ans ; au-delà de ce délai, ils sont détruits.



<p style="text-align: center;"><b>PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE DE LOGEMENT A LA RESIDENCE AUTONOMIE</b></p>
--

Pour chaque personne concernée par la demande :

- Une photo récente d'identité
- Le certificat médical avec la grille AGGIR (cette dernière sera à actualiser tous les ans par le médecin traitant) si absence de plan APA
- Photocopie :
  - de l'intégralité du ou des livrets de familles,
  - de la pièce d'identité en cours de validité,
  - de l'attestation d'assuré social (et non de la carte vitale),
  - du dernier avis d'imposition sur les revenus,
  - le cas échéant, du jugement de protection, juridique (tutelle ou curatelle), ou mandat de protection future ou habilitation familiale.
  - de la notification, soit de votre caisse relative au financement d'une aide à domicile, soit du Conseil Départemental concernant l'octroi d'une APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie),
  - de la notification de l'ASV ou ASPA (minimum vieillesse) si vous en êtes bénéficiaire
  - des notifications annuelles des caisses de retraites,
  - de l'attestation d'assurance habitation du lieu de votre résidence actuelle,  
⇒ *si vous êtes hébergé(e), votre attestation d'assurance responsabilité civile.*
- Règlement de fonctionnement signé

<p style="text-align: center;"><b>DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES A FOURNIR LORS DE L'ENTREE EFFECTIVE AU SEIN DE LA RESIDENCE</b></p>
--

- Un relevé d'identité bancaire, en cas de prélèvement automatique de vos factures
- La photocopie de l'attestation d'assurance habitation (elle sera à fournir chaque année)
- Le formulaire d'autorisation de prise de vue
- Si vous en disposez : ♦ les coordonnées de votre notaire
  - ♦ Le recueil de vos directives anticipées