

Résidence de la Médaille Militaire

HYERES LES PALMIERS

ATTENTION : La Résidence de la Médaille Militaire n'étant pas un établissement EHPAD, aucune prise en charge par la Sécurité Sociale ne peut être envisagée

DOSSIER DE DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS EN VUE D'UNE ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'ACCUEIL POUR PERSONNES ÂGÉES

.CE DOSSIER COMPREND :

° UN VOLET ADMINISTRATIF (3 pages) RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE.

° UN VOLET MEDICAL (2 pages), DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

° COPIE DE LA CARTE D'IDENTITE,

° COPIE DU LIVRET DE FAMILLE OU EXTRAIT D'ACTE DE NAISSANCE,

° COPIE ATTESTATION D'ASSURE SOCIAL EN COURS DE VALIDITE OU ART. 115,

° COPIE CARTE VITALE

° COPIE DE VOTRE CARTE MUTUELLE SANTE,

° COPIE ATTESTATION, DE MUTUELLE SANTE

° DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON - IMPOSITION,

° JUSTIFICATIFS RECENTS DE TOUTES LES RESSOURCES 2015

° 2 PHOTOS D'IDENTITE RECENTES

° ATTESTATION DE RESPONSABILITE CIVILE

° CERTIFICAT DE CONFORMITE DELIVRE PAR UN PROFESSIONNEL POUR LE TELEVISEUR QUE VOUS APPORTEZ.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

CIVILITE : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___



SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

COORDONNEES DE LA FAMILLE OU DE L'ENTOURAGE

NOM PRENOM LIEN DE PARENTE :

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

NOM PRENOM LIEN DE PARENTE :

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

NOM PRENOM LIEN DE PARENTE :

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

PERSONNE REFERENTE A PREVENIR

NOM : PRENOM : LIEN DE PARENTE :

ADRESSE
.....

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___



RESSOURCES

RETRAITE PRINCIPALE DE L'INTERESSE

Caisse(s) Numéro

.....

Montant (mois)

.....

.....

RETRAITES COMPLEMENTAIRES

Caisse(s) Numéro

.....

.....

.....

Montant (mois)

.....

.....

.....

.....

RETRAITE PRINCIPALE DU CONJOINT

Caisse(s) Numéro

.....

Montant (mois)

.....

.....

RETRAITE COMPLEMENTAIRES DU CONJOINT

Caisse(s) Numéro

.....

.....

.....

Montant (mois)

.....

.....

.....

.....

AUTRES RESSOURCES

- Pension d'invalidité
- Pension de réversion
- Pension d'invalidité de guerre
- Pension de veuve de guerre
- Allocation compensatrice pour tierce personne
- Majoration pour tierce personne
- Allocation adulte handicapé
- Revenus fonciers
- Rentes Viagères
- Rente accident du travail
- Pension alimentaire

Montant (mois)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Une demande d'aide sociale à l'hébergement est-elle envisagée ? Oui

Non

PROTECTION SOCIALE

SECURITE SOCIALE

Caisse

Adresse

.....

Numéro d'immatriculation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Article 115 (pensionné de guerre) : Oui Non

Carte d'invalidité : Oui Non

MUTUELLE

Caisse

Adresse

.....

N° d'adhérent

A.P.L. ou A.L

Caisse

N° allocataire

CARRIERE MILITAIRE

CLASSE : ARME :

DUREE DES SERVICES ACCOMPLIS :

OPERATIONS :

.....

DECORATIONS :

.....

MEDAILLE MILITAIRE Oui Non

Adhérent Section de Matricule N°

DATE D'ARRIVEE ENVISAGEE :

Date de la demande : ___/___/___

Signature de la personne concernée