



## Demande d'entrée au Logement-Foyer Jeanne d'Arc

(Permet de s'inscrire sur la liste d'attente et n'entraîne aucune obligation d'entrée)

Fondation Luce de MONTGON

Siège social : 27, rue Jeanne d'Arc – 63200 RIOM

Tel : 04 73 64 25 25 – Caisse d'Epargne : 087792678 15

contact@fondationlucedemontgon.fr - <http://www.foyer-logement-riom.fr/>

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité :    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

Adresse email

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Vit maritalement

Pacsé(e)

Marié(e)

Veuf (ve)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

OUI

NON

En cours

Si oui, laquelle : Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint ...) :

---

## ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité :    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

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

**A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT** (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

**PERSONNE DE CONFIANCE**

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI  NON

**SI OUI :**

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

Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

**DEMANDE**

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent

Accueil couple souhaité OUI  NON

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile  Chez enfant/Proche  Logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD / SAD\*  Accueil de jour

\* SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI  NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI  NON

**COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

La personne concernée elle-même OUI  NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter<sup>(1)</sup>

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

Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter<sup>(2)</sup>

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

Prénom(s)

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

### ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule  Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI  NON  Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI  NON  Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI  NON

Natures	N°	Office Payeur	Échéances	Montants
Retraite principale				
Rente invalidité				
Ass. Contractuelles				
Autres pensions				
Viagers				
Loyers				
Autres ressources				

**Merci de joindre :** **Un certificat médical spécifiant que vous êtes apte à réaliser les gestes de la vie courante sans l'aide d'une tierce personne (GIR 5 – 6) Que vous n'êtes pas atteint de maladie infectieuse et de troubles psychiatriques**

**Une photocopie de votre revenu d'imposition**

**Une photo d'identité**

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT

DANS LES 6 MOIS

ECHEANCE PLUS LOINTAINE

Date de la demande : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée  
ou de son représentant légal

<sup>(2)</sup>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.