



# A.C.C.E.S.

Lieu-dit « Abbaye des Guillemins »  
59127 Walincourt-Selvigny  
Tél : 03 61 67 01 02  
Fax : 03 61 67 01 01  
E.mail : [contact@acces-asso.fr](mailto:contact@acces-asso.fr)  
Site : <http://acces-asso.fr>

*Association Cambrésienne pour la  
Création d'Équipements médico-Sociaux*

*Etablissements d'Hébergement pour Personnes Handicapées*

## DOSSIER COMMUN DE PRÉINSCRIPTION

Ce dossier est à remplir entièrement et à renvoyer au siège de l'Association pour enregistrement.

### ➔ ETABLISSEMENT ENVISAGE :

(\*)  Foyer de Vie « Le Clos Fleuri » (*Rieux en Cambrésis*)

(\*)  Foyer de vie « Le Haut-Escaut » (*Honnecourt sur Escaut*)

(\*) **Classer par ordre de priorité**

Motif de votre choix :

### ➔ MODALITÉ DE LA DEMANDE :

URGENCE

ENTRÉE DECIDÉE

ENTRÉE ENVISAGÉE

### ➔ IDENTITE :

NOM :

PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

N° DE TELEPHONE :

STATUT FAMILIAL :  marié(e)  divorcé(e)  célibataire  veuf (ve)  en concubinage

NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS :

**➤ SECURITE SOCIALE :**

RÉGIME SECURITE SOCIALE :  général  minier  autre (préciser).....

N° IMMATRICULATION SECURITE SOCIALE :

CENTRE GESTIONNAIRE DE LA SECURITE SOCIALE :

DATE D'EXPIRATION DES DROITS :

TAUX DE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE :

DROIT DU / / AU / /

**➤ MUTUELLE :**

NOM DE LA MUTUELLE :

ADRESSE DE LA MUTUELLE :

NUMERO DE TELEPHONE DE LA MUTUELLE :

NUMERO DE DOSSIER :

DROIT DU / / AU / /

**➤ MEDECIN TRAITANT ACTUEL :**

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

**➤ MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE :**

TUTELLE

SAUVEGARDE DE JUSTICE

CURATELLE SIMPLE

CURATELLE RENFORCEE

NOM DU MANDATAIRE EN CHARGE DE CETTE MESURE :

ADRESSE DU MANDATAIRE :

TELEPHONE DU MANDATAIRE :

DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DE LA MESURE :

**➤ AS (Aide Sociale) :**

ACQUISE :  OUI  NON

-> SI OUI, DATE D'ACQUISITION :

N° DE DOSSIER AS :

DROIT DU / / AU / /

-> SI NON, UNE DEMANDE A-T-ELLE ETE FAITE :  OUI  NON

A QUELLE DATE : / /

**➤ MDPH**

*(joindre une copie de l'orientaion)*

DATE DE L'AUTORISATION D'ORIENTATION EN FOYER DE VIE : / /

DATE DE FIN DE VALIDITE DE L'ORIENTATION : / /

**SITUATION LORS DE LA DEMANDE**

**➤ REFERENT PRINCIPAL :**

NOM :

PRENOM :

LIEN AVEC LE DEMANDEUR :

ADRESSE :

TELEPHONE :

E-MAIL :

**➤ INFORMATIONS FAMILIALES :**

	Nom - Prénom des enfants du demandeur	Adresse	Tél.	E-mail
1				
2				

**N.B. : Si le demandeur a plus de 2 enfants, indiquez nous toutes les coordonnées sur une autre feuille.**

**➤ NOTES COMPLEMENTAIRES :**

*Cet espace est réservé pour toutes autres informations complémentaires qu'il vous semble nécessaire de nous communiquer :*

**➤ DIVERS :**

Dans quels autres établissements avez-vous fait une demande ?

- 1.
- 2.
- 3.

NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE AYANT REMPLI LE DOSSIER :

Date :

Signature :

**Afin de faciliter la gestion de notre liste d'attente, merci de nous tenir informé de tout changement de situation (décès, institutionnalisation, refus...)**

# INFORMATIONS A CARACTERES MEDICALES

DIAGNOSTIC POSE DE LA MALADIE :

COMPORTEMENT STABILISE :  OUI  NON

DESCRIPTION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT OBSERVE :

SUIVI PSYCHIATRIQUE REALISE PAR :

DATE ET RAISON DES 2 DERNIERES HOSPITALISATIONS

Date	Raison

EVALUATION DE L'AUTONOMIE PHYSIQUE

La personne peut-elle marcher seule ? :  OUI  NON

La personne peut-elle se laver seule ? :  OUI  NON

La personne peut-elle prendre son repas seule ? :  OUI  NON

La personne nécessite t'elle des soins d'hygiène particuliers ? :  OUI  NON

*Si oui, préciser :*

La personne nécessite-t-elle des soins médicaux particuliers ? :  OUI  NON

*Si oui, préciser :*

## QUESTIONS DIVERSES

### PARCOURS DE VIE

Veillez indiquer les différentes structures dans lesquelles la personne a vécu ou qu'elle a fréquentées ainsi que les dates de cette fréquentation/hébergement:

<b>Type de structure, nom et localisation</b>	<b>Période et fréquence</b>

LA PERSONNE A-T-ELLE DES HOBBYS ET SI OUI LESQUELS ? :

LA PERSONNE A-T-ELLE DES ACTIVITES QU'ELLE NE PEUT OU QU'ELLE NE SOUHAITE EN AUCUN CAS REALISER ? :



# A.C.C.E.S.

*Association Cambrésienne  
pour la Création d'Équipements médico-Sociaux*

*Lieu-dit « Abbaye des Guillemins »*

*59127 Walincourt-Selvigny*

*Tél : 03 61 67 01 02*

*Fax : 03 61 67 01 01*

*E.mail : [contact@acces-asso.fr](mailto:contact@acces-asso.fr)*

*Site : <http://acces-asso.fr>*

*Établissement d'Hébergement pour Personnes Handicapées*

## **DOSSIER DE PRÉINSCRIPTION**

Le dossier qu'il vous est demandé de compléter ne vous engage en aucune façon vis-à-vis de l'Association gestionnaire (A.C.C.E.S.).

Il vous permet de prendre rang sur la liste d'attente, au cas où vous décideriez d'y résider, et d'être tenu informé de la vacance éventuelle d'une place.

Nous ne saurions donc trop vous conseiller d'y répondre, quelque soit votre intention dans l'immédiat, et d'y répondre le plus complètement possible.

Les renseignements qui y figurent demeureront confidentiels, et sont destinés à parfaire notre connaissance de la personne, tant sur le plan administratif que sur le plan social, culturel et handicaps.

Il est donc dans votre intérêt de nous aider à prévoir le meilleur projet de vie pour notre éventuel(le) futur(e) résident(e).

## **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Dans l'éventualité où votre dossier serait retenu pour une place vacante dans un des établissements que vous souhaitez, voici la démarche qui s'ensuivra :

**1)** Le Responsable des Soins de l'Association prend contact avec vous et organise si nécessaire une visite de pré-admission à votre domicile. Cette visite a pour but essentiel de confirmer la possibilité d'admission du résidant au sein de la résidence prévue.

2) En cas de confirmation, une date d'entrée est déterminée avec votre accord et l'établissement vous rappelle les principales démarches à observer jusqu'au jour de l'entrée.

3) Voici la liste des principaux documents qui seront à fournir au plus tard le jour de l'entrée du résident:

- 2 photos d'identité récentes
- Un chèque de caution correspondant à 30 jours du tarif hébergement de l'établissement
- Une copie du contrat obsèques
- Une copie du livret de famille
- Les papiers concernant la Sécurité Sociale et la Mutuelle (photocopie carte SS, attestation,...)
- Une attestation de Responsabilité Civile en cours de validité
- En cas de tutelle : l'attestation du juge des tutelles
- En cas d'A.S. ou de demande d'A.S. : L'attestation du dépôt du dossier de demande d'A.S.

*Ou La lettre de décision du CG confirmant le placement sous A.S.*

*(dans les 2 cas, la facturation suivra une démarche particulière qui vous sera expliqué par le Responsable d'Etablissement )*

4) Le jour de l'entrée, vous serez accueilli et accompagné par l'équipe professionnelle de l'établissement tout au long de votre installation. Un exemplaire du règlement intérieur ainsi que du contrat de séjour vous seront remis à cette occasion.

**Au niveau du linge du résident :**

Il est préférable de ramener le linge personnel du résident au moins 48 H avant l'entrée de celui-ci au secrétariat de l'établissement pour permettre son étiquetage. L'ensemble du linge amené par ou pour le résident doit passer par cette phase d'étiquetage afin de faciliter son entretien par le personnel de l'établissement.

*Pour toutes questions éventuelles,*

*n'hésitez pas à contacter l'accueil des établissements de l'Association :*

*Le Clos Fleuri : 03 27 72 19 10*

*Le Haut-Escout : 03 27 78 55 06*

*Ou à visiter notre site Internet : <http://acces-asso.fr>*