



**DOSSIER DE DEMANDE DE LOCATION D'UN STUDIO DE LA RÉSIDENCE
SERVICE TY BRUG**

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : _/___/ ____

1. TYPE D'HÉBERGEMENT SOUHAITÉ

Hébergement permanent

Date d'entrée souhaitée : _/ ___/ _____ Immédiate : OUI NON

Dans les 6 mois : OUI NON

Échéance plus lointaine : OUI NON

Date exacte (le cas échéant) : _/ ___/ _____

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande de location d'un logement en résidence service.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal ;

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes (1) :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

(1) Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(6 PAGES)

3. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance Nationalité

N° Sécurité sociale

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant ⁽¹⁾ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance ⁽²⁾ : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI NON

4. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Résidence service séniors
Chez enfant/proche Autre (précisez) : __
Résidence autonomie

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe __- __- __- __- __- Téléphone portable-----

Adresse email _____@_____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

5. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

• La personne concernée elle-même : OUI NON
(si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

• Mesure de protection juridique : OUI NON
(si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Nom d'usage
Nom de
naissance
Prénom(s)

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe __- __- __- __- __ Téléphone portable----- __

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Nom d'usage
Nom de
naissance
Prénom(s)

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe __- __- __- __- __ Téléphone portable----- __

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

6. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

JOINDRE AU DOSSIER L'ORDONNANCE DE JUGEMENT DU TRIBUNAL

7. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom

Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

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

Commune/vill

e

Téléphone fixe __ - __ - __ - __ - __ Téléphone portable-----__

Adresse email _____@_____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

¹ L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

Date de la demande : __/__/____

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

Votre dossier complété pourra :

- être déposé à l'accueil de l'établissement
- transmis par courrier à l'adresse : EHPAD MONT LE ROUX 55, rue des Cieux 29690 HUELGOAT
- envoyé par e-mail sur : contact@montleroux.bzh

8. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ET LOYERS

La résidence Ty Brug est composée de 6 studios de plain-pied d'environ 40m² non meublés avec une cuisine fonctionnelle et un accès PMR.

L'EHPAD n'effectue aucune intervention d'ordre médical ou para-médical auprès des locataires. Ces derniers devront faire appel à la médecine de ville.

La résidence service permet de faire le lien entre le domicile et l'EHPAD, si une perte d'autonomie se déclare chez le résident, il pourra intégrer, s'il le souhaite, l'établissement sous réserve de place disponible.

Logement	Pièce par logement	Loyer mensuel * hors charges et taxes
N°1 – N°2 N°3	Séjour + cuisine avec placard Chambre avec placard Salle de bains Hall	573.29€
N°4	Séjour + cuisine avec placard Chambre avec placard Salle de bains Hall	560.39€
N°5 – N°6	Cuisine Séjour + Chambre Salle de bains Hall avec placard	557.85€

* Le montant du loyer est révisé annuellement à partir du mois de janvier sur la base de l'indice de références des loyers fournit par l'INSEE

