

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION**  
**RÉSIDENCE AUTONOMIE MAISONS-ALFORT**

Demande à retourner complétée, datée et signée à l'adresse suivante :

**Coallia – Direction médico-sociale**  
**16-18 cour Saint-Éloi**  
**75012 PARIS**

Les résidences autonomie (ex logements-foyers) comportent à la fois des logements individuels et privatifs et des espaces communs dédiés à la vie collective. Elles sont conçues pour accueillir dans un logement des personnes âgées majoritairement autonomes qui ne peuvent plus ou n'ont plus l'envie de vivre chez elles (à cause d'une baisse de revenus, de difficultés d'accès aux commerces, d'un sentiment d'isolement...).

Les résidences autonomie accueillent les personnes seules et les couples. Vivre dans une résidence autonomie permet de :

- continuer à **vivre de manière indépendante** ;
- bénéficier d'**un environnement plus sécurisé** ;
- **utiliser des services collectifs** : restauration, ménage, animations, blanchisserie... ;
- avoir **un loyer modéré**.

Les résidences autonomie ne sont pas, en principe, destinées à recevoir des personnes qui ont besoin de soins médicaux importants ou d'une assistance importante dans les actes de la vie quotidienne. Les soins médicaux et les soins courants des résidents sont réalisés le plus souvent par des intervenants extérieurs (médecins libéraux, services de soins infirmiers à domicile, infirmiers libéraux...).

Les critères d'admission sont les suivants :

- **avoir un niveau de perte d'autonomie évalué en GIR 5 ou 6 (cf annexe)**. Il est possible d'être admis en GIR 4 à condition que la résidence autonomie ait signé une convention avec :
  - d'une part un **EHPAD** (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes),
  - et d'autre part un **SSIAD** (Service de Soins Infirmiers À Domicile) ou un **SPASAD** (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile), un centre de santé ou un professionnel de santé.
- **avoir plus de 60 ans** (une dérogation est possible pour les personnes âgées de moins de 60 ans et les personnes en situation de handicap, mais dans des proportions limitées).

Si un couple entre en même temps dans une résidence autonomie, les deux membres doivent remplir ces critères d'admission.

## LISTE DE DOCUMENTS À FOURNIR

- Livret de famille ou extrait d'acte de naissance
- Photocopie de la carte nationale d'identité ou passeport
- Justificatifs de ressources mensuelles (retraites principale et complémentaire, pension, autres, ...)
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Certificat médical attestant du niveau de GIR

**Cadre réservé à la direction Médico-sociale Coallia**

RENSEIGNEMENTS

Madame  Monsieur

Nom :

Prénom :

Né(e) le : .. / .. / .... à .....

Nationalité française  Union européenne  Hors Union européenne

Adresse :

Code postale :

Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse e-mail (à renseigner en lettres capitales) :  
.....@.....

Situation familiale :

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)

Pacsé(e)  Concubin(e)  Veuf/veuve

Mesure de protection juridique : Oui  Non  en cours

Si oui, laquelle :

Tutelle  Curatelle

Sauvegarde de justice  Mandat de protection future

Avez-vous des enfants ? : Oui  Non

Si oui, merci de renseigner le tableau ci-dessous :

Prénom	Nom	Adresse complète	Téléphone	e-mail

Logement souhaité : T1 Bis  ou T2

Souhait d'étage : rez-de-chaussée  1<sup>er</sup> étage  2<sup>ème</sup> étage

Les appartements sont loués non meublés :

Souhaitez-vous disposez-vous de propositions d'ameublement ? Oui  Non

Date d'entrée souhaitée : .....

Souhaitez-vous bénéficier d'une place de parking souterrain ? Oui  Non

Êtes –vous bénéficiaire de l'APL (Aide personnalisée au logement)/ALS ?

Oui  Non

Êtes –vous bénéficiaire de l'ASH (Aide Sociale à l'Hébergement) ?

Oui  Non

Êtes –vous bénéficiaire de l'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) ?

Oui  Non  instruction en cours

**Contexte et motif de la demande :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Afin de mieux vous connaître et favoriser la qualité de vie au sein de la résidence, pouvez-vous nous préciser quels sont vos loisirs préférés, passions, passe-temps ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Personnes à contacter en cas de besoin :**

1/ Nom : Prénom :

Lien (enfant, ami-e, ...) :

Adresse : Code postal :

Tél. personnel : Tél. professionnel :

2/ Nom : Prénom :

Lien (enfant, ami-e, ...) :

Adresse : Code postal :

Tél. personnel : Tél. professionnel :

3/ Nom : Prénom :

Lien (enfant, ami-e, ...) :

Adresse : Code postal :

Tél. personnel : Tél. professionnel :

Résidez-vous avec un animal de compagnie ? : Oui  Non

Si oui merci de préciser de quel animal il s'agit : .....

Date : / /

Signature :

Dossier de demande d'admission daté et signé à transmettre à :

**Coallia**

**Direction Médico-sociale**

**16-18 cour Saint-Eloi**

**75012 PARIS**

## Annexes informatives

### Détermination du niveau de dépendance de la personne

Nom et prénom  
M. Sec. Soc.  
Adresse  
Né(e) le  
Âge

Date de l'évaluation

#### Fiche récapitulative AGGIR

Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalemment C = Correctement	Code final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.
	S	T	C	H	Code		
<b>1. Cohérence</b>	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>Codage intermédiaire</b></p> <p>Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).</p> <p>Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si aucun adverbe n'est coché codez <b>A</b>.</li> <li>(fait spontanément, totalement, correctement et habituellement)</li> <li>Si tous les adverbes sont cochés codez <b>C</b> (ne fait pas)</li> <li>Si une partie des adverbes seulement est cochée codez <b>B</b>.</li> </ul> <p><b>Code final si sous-variables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cohérence : <ul style="list-style-type: none"> <li>AA = <b>A</b> ;</li> <li>CC, CB, BC, CA, AC = <b>C</b> ;</li> <li>AB, BA, BB = <b>B</b></li> </ul> </li> <li>Orientation : <ul style="list-style-type: none"> <li>AA = <b>A</b> ;</li> <li>CC, CB, BC, CA, AC = <b>C</b> ;</li> <li>AB, BA, BB = <b>B</b></li> </ul> </li> <li>Toilette : <ul style="list-style-type: none"> <li>AA = <b>A</b> ;</li> <li>CC = <b>C</b> ;</li> <li>Autres = <b>B</b></li> </ul> </li> <li>Habillage : <ul style="list-style-type: none"> <li>AAA = <b>A</b> ;</li> <li>CCC = <b>C</b> ;</li> <li>Autres = <b>B</b>.</li> </ul> </li> <li>Alimentation : <ul style="list-style-type: none"> <li>AA = <b>A</b> ;</li> <li>CC, BC, CB = <b>C</b> ;</li> <li>Autres = <b>B</b></li> </ul> </li> <li>Élimination : <ul style="list-style-type: none"> <li>AA = <b>A</b> ;</li> <li>CC, BC, CB, AC, CA = <b>C</b> ;</li> <li>Autres = <b>B</b></li> </ul> </li> </ul>
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2. Orientation</b>	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3. Toilette</b>	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4. Habillage</b>	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>5. Alimentation</b>	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>6. Élimination</b>	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>7. Transferts</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8. Déplacements à l'intérieur</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>9. Déplacements à l'extérieur</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>10. Alerter</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>11. Gestion</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>12. Cuisine</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>13. Ménage</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>14. Transports</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>15. Achats</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>16. Suivi du traitement</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>17. Activités du temps libre</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Groupe iso-ressources**

Défini par le système informatique

LA GRILLE AGGIR		
GROUPE	NIVEAU DE DÉPENDANCE	
GIR 1	Personne en fin de vie ou confinée au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite de ce fait une aide en permanence.	Dépendance totale
GIR 2	Personne confinée au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui exige une prise en charge pour la plupart des activités.	
GIR 3	Personne ayant conservé une autonomie mentale et partiellement sa capacité à se déplacer mais qui a besoin plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.	Dépendance partielle
GIR 4	Personne qu'il faut aider à se coucher et à se lever et qui peut ensuite se déplacer seule dans son logement. Doit être aidée pour la toilette et l'habillage, voire les repas.	
GIR 5	Personne pouvant se déplacer seule dans son logement et qui a seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.	
GIR 6	Personne qui est encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante (toilette, habillage, préparation et prise des repas, déplacements dans son logement).	Pas de dépendance