



Nom Prénom :

Date d'entrée :

DOSSIER ADMINISTRATIF A RETOURNER



LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- La fiche accueil complétée (joint à ce dossier)
- L'autorisation de demande aux familles de communiquer avec le médecin traitant, infirmières libérales, professionnels libéraux (joint à ce dossier)
- Autorisation de droit à l'image (joint à ce dossier)
- L'attestation de remise des documents (joint à ce dossier)
- La demande d'aide supplémentaire (joint à ce dossier)
- Le certificat médical (joint à ce dossier)
- Le questionnaire de zarit (joint à ce dossier)
- Une copie de la carte d'identité de la personne accueillie
- Une copie de l'attestation Sécurité Sociale en cours de validité
- Une Attestation d'Assurance Responsabilité Civile (avec date de validité)
- Une photocopie de la dernière ordonnance du médecin traitant
- La copie du dernier avis d'Imposition ou de Non-Imposition
- Notification d'APA des services du Conseil Départemental

→ Si pas de dossier d'APA documents à fournir en plus les documents suivants :

Accueil de Jour Saint Martin : 2, avenue Maréchal Leclerc - 04000 Digne les Bains -

Tél : 06.07.47.16.27 – 04.92.36.66.00 Fax : 04.92.36.66.65

Site : <http://www.association-saintmartin.fr/accueil-jour>

Contact Mél : accueildejour@nd-bourg.fr

- Justificatif de domicile des trois derniers mois précédant la demande (quittances de loyer, ou factures EDF)
- La copie de la dernière Déclaration de Revenus
- La copie du dernier relevé de la taxe foncière
- Relevé d'identité bancaire ou postal
- La copie du jugement de tutelle ou de curatelle

- **Attention : Le Conseil Départemental est susceptible d'accorder une aide supplémentaire que si les personnes accueillies ont un dossier d'APA en cours, auprès du Conseil Départemental.**
- **Ne pas envoyer ces dossiers au Conseil Départemental, nous nous en chargerons.**

FICHE ADMINISTRATIVE D'INSCRIPTION

	Personne accueillie	Conjoint(e)
Nom		
Nom d'épouse		
Prénom		
Date et Lieu de naissance		
N° Sécurité Sociale		
Nationalité		
Situation de famille		
Caisse de Retraite Principale		
Caisse de Sécurité Sociale		

Adresse :

 Téléphone :

Personne Référente :

Lien avec la personne :
 Mme M.
 Adresse

 Téléphone Domicile : Portable : Bureau :

Personne destinataire de la facture si différente de la personne Référente :

.....

Médecin traitant :

Nom Tél. :
 Adresse :

Consultation de l'Equipe Mobile de Gérontologie : oui non

Précautions à prendre :

Régime alimentaire :

Protection juridique de la Personne accueillie (tutelle ou curatelle) oui non

Nom et coordonnées du tuteur ou de l'association en charge du dossier :

Personne à prévenir en cas de trouble, de malaise ou d'accident :

- 1).....
- 2).....