

**DOSSIER DEMANDE D'ATTRIBUTION DE LOGEMENT**  
**RESIDENCE-AUTONOMIE ERCKMANN-CHATRIAN**

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

**Résidence-Autonomie Erckmann-Chatrian**  
**11, Rue Erckmann-Chatrian**  
**57 400 Sarrebourg**  
**Tel. 03.87.03.59.41**  
**Mail : secretariat.erckmann.chatrian@gmail.com**  
**Site internet : http : //www.residence-chatrian.fr**

Photo  
d'identité

**RENSEIGNEMENTS**

❖ **Le demandeur**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Profession exercée pendant la vie active : \_\_\_\_\_

**Situation familiale :**

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Pacsé(e)  Veuf /Veuve

Depuis le : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

**Régime de protection juridique des majeurs :**

Sous curatelle  Sous curatelle renforcée  Sous tutelle  Sauvegarde de justice

Organisme : \_\_\_\_\_

**Situation au moment de la demande :**

A domicile

Hospitalisé(e) : Etablissement \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Service \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Demande réceptionnée le : .....Cadre réservé à l'établissement

❖ **Le conjoint (si demande de couple)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Profession exercée pendant la vie active : \_\_\_\_\_

**Situation familiale :**

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Pacsé(e)  Veuf /Veuve

Depuis le : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

**Régime de protection juridique des majeurs :**

Sous curatelle  Sous curatelle renforcée  Sous tutelle  Sauvegarde de justice

Organisme : \_\_\_\_\_

**Situation au moment de la demande :**

A domicile

Hospitalisé(e) : Etablissement \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Service \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

**COORDONNÉES DES ENFANTS**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

## COORDONNÉES DES ENFANTS (suite)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

## ORIGINE DE LA DEMANDE D'ADMISSION

La personne elle-même

Service Social

Un établissement hospitalier

La famille

Le médecin traitant

Autre : \_\_\_\_\_

Coordonnées de la tierce personne (si différent du demandeur) :

Nom – Prénom :

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

## COUVERTURE SOCIALE

### ❖ Le demandeur

#### Régime de Sécurité Sociale du demandeur

Général  Local  MSA  Autre : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Caisse : \_\_\_\_\_

Mutuelle : \_\_\_\_\_

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

#### Retraites :

Caisse : \_\_\_\_\_ N° adhérent : \_\_\_\_\_

Caisse : \_\_\_\_\_ N° adhérent : \_\_\_\_\_

#### Retraites complémentaires :

Caisse : \_\_\_\_\_ N° adhérent : \_\_\_\_\_

Caisse : \_\_\_\_\_ N° adhérent : \_\_\_\_\_

#### Allocations diverses :

AL ou APL  APA  AAH  Autre : \_\_\_\_\_

Si oui, n° d'adhérent ou de dossier : \_\_\_\_\_

### ❖ Le conjoint

#### Régime de Sécurité Sociale du demandeur

Général  Local  MSA  Autre : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Caisse : \_\_\_\_\_

Mutuelle : \_\_\_\_\_

N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

#### Retraites :

Caisse : \_\_\_\_\_ N° adhérent : \_\_\_\_\_

Caisse : \_\_\_\_\_ N° adhérent : \_\_\_\_\_

#### Retraites complémentaires :

Caisse : \_\_\_\_\_ N° adhérent : \_\_\_\_\_

Caisse : \_\_\_\_\_ N° adhérent : \_\_\_\_\_

#### Allocations diverses :

AL ou APL  APA  AAH  Autre : \_\_\_\_\_

Si oui, n° d'adhérent ou de dossier : \_\_\_\_\_

## MEDECIN TRAITANT

### ❖ Du demandeur

Nom – Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Cachet du médecin traitant :

### ❖ Du conjoint (si différent) :

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Cachet du médecin traitant :

## AIDES ACTUELLES

Auxiliaire de vie

Si oui, précisez l'organisme et les horaires d'intervention : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Portage de repas

Si oui, précisez l'organisme et la fréquence : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléalarme

Si oui, précisez l'organisme : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AIDES ACTUELLES (suite)

Soins infirmiers

Si oui, précisez le cabinet et la fréquence d'intervention : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aides techniques : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'une demande de couple, précisez pour le demandeur et/ou pour le conjoint.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pharmacie lors de l'entrée dans l'établissement : \_\_\_\_\_

### MOTIF DE LA DEMANDE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du demandeur

Signature du conjoint (si demande de couple)

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR LA DEMANDE D'ATTRIBUTION DE LOGEMENT

- Copie du livret de famille
- Copie de la carte d'identité recto/verso
- Copie de la carte vitale et de l'attestation
- Copie de la carte de mutuelle
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Copie de la décision de mise sous protection/sauvegarde du majeur protégé
- Photo d'identité

**Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.**

## TEXTE RÉGLEMENTAIRE

Décret n°2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

## Annexe 1 : Grille d'Autonomie

### A remplir par un professionnel de santé habilité

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

- Se lave seul(e), aucune aide nécessaire
- Installation pour la toilette
- Stimulation ou aide partielle
- Toilette complète

- Autonomie de jour et de nuit
- Incontinence nocturne uniquement
- Incontinence urinaire d'effort
- Dépendance totale
- Incontinence fécale

- 8 9**
- Se déplace seul(e) (avec ou sans matériel)
  - A besoin de l'aide d'une personne
  - Nécessite 2 personnes pour se déplacer
  - Immobilisé(e) au lit

		A - B ou C
1	<b>COHERENCE</b> Converser et/ou se comporter de façon sensée	
2	<b>ORIENTATION</b> Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux	
3	<b>TOILETTE</b> : concerne l'hygiène corporelle HAUT BAS	
4	<b>HABILAGE</b> : s'habiller, se déshabiller, se présenter HAUT MILIEU BAS	
5	<b>ALIMENTATION</b> : manger les aliments préparés SE SERVIR MANGER	
6	<b>ELIMINATION</b> : assumer l'hygiène de l'élimination URINAIRE ANALE	
7	<b>TRANSFERTS</b> Se laver, se coucher, s'asseoir	
8	<b>DEPLACEMENT A L'INTERIEUR</b> Avec ou sans canne, déambulateur ou fauteuil roulant	
9	<b>DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR</b> A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
10	<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b> Utilise les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme	
<b>LEGENDE :</b>		
A : Fait seul(e) totalement, habituellement, correctement, spontanément		
B : Fait partiellement		
C : Ne fait pas		

- S'alimente seul
- Troubles du comportement alimentaire (à préciser)

- A besoin d'être installé
- A besoin d'être stimulé
- A besoin d'aide pour se servir
- A besoin de quelqu'un en permanence pour se nourrir
- Régime alimentaire particulier (à préciser)

- Peut peler un fruit seul
- Texture
- Normale
- Hachée (viande/légumes)
- Mixée

- Dénutrition entérale :
- Oui  Non

- Nutrition entérale :
- Oui  Non

**Date :**

**Signature et cachet du Médecin :**



**Pour le cautionnaire :**

	Pièces à fournir	Lors de la constitution du dossier de demande d'attribution de logement	Lors de l'acceptation du dossier, à l'entrée en Résidence-Autonomie
Etat civil	<p><b>Une pièce justificative d'identité en cours de validité parmi les documents suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Carte Nationale d'identité,</li> <li>■ Passeport</li> <li>■ Permis de conduire</li> </ul>		X
Personnes morales	<p><b>Pour les cautions personnes morales les deux justificatifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Extrait K bis original de moins de trois mois de la société ou les statuts ou toute autre pièce justifiant de l'existence légale de la personne, faisant apparaître le nom du responsable et l'adresse de l'organisme ainsi que la preuve qu'une déclaration a été effectuée auprès d'une administration, une juridiction ou un organisme professionnel</li> <li>■ Justificatif d'identité du représentant de la personne morale figurant sur l'extrait K bis ou les statuts</li> </ul>		X
Domicile	<p><b>Une seule pièce justificative parmi les documents suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dernière quittance de loyer</li> <li>■ Facture d'eau, de gaz ou d'électricité de moins de trois mois</li> <li>■ Attestation d'assurance logement de moins de trois mois</li> <li>■ Dernier avis de taxe foncière ou à défaut, titre de propriété de la résidence principale</li> </ul>		X
Activités professionnelles	<p><b>Un ou plusieurs documents attestant des activités professionnelles parmi les documents suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Contrat de travail ou de stage ou, à défaut, une attestation de l'employeur précisant l'emploi et la rémunération proposée, la date d'entrée en fonctions envisagée et, le cas échéant, la durée de la période d'essai.</li> <li>■ L'extrait K ou K bis du registre du commerce et des sociétés de moins de trois mois pour une entreprise commerciale.</li> <li>■ L'extrait D 1 original du registre des métiers de moins de trois mois pour un artisan.</li> <li>■ La copie du certificat d'identification de l'INSEE, comportant les numéros d'identification, pour un travailleur indépendant.</li> <li>■ La copie de la carte professionnelle pour une profession libérale.</li> <li>■ Toute pièce récente attestant de l'activité pour les autres professionnels.</li> </ul>		X

<b>Ressources</b>	<p><b>Un ou plusieurs documents attestant des ressources parmi les documents suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le dernier ou avant-dernier avis d'imposition ou de non-imposition et, lorsque tout ou partie des revenus perçus n'a pas été imposé en France mais dans un autre Etat ou territoire, le dernier ou avant-dernier avis d'imposition à l'impôt ou aux impôts qui tiennent lieu d'impôt sur le revenu dans cet Etat ou territoire ou un document en tenant lieu établi par l'administration fiscale de cet Etat ou territoire.</li> <li>■ Trois derniers bulletins de salaires.</li> <li>■ Justificatif de versement des indemnités de stage.</li> <li>■ Les deux derniers bilans ou, à défaut, une attestation de ressources pour l'exercice en cours délivré par un comptable pour les professions non salariées.</li> <li>■ Justificatif de versement des indemnités, retraites, pensions, prestations sociales et familiales et allocations perçues lors des trois derniers mois ou justificatif de l'ouverture des droits, établis par l'organisme payeur.</li> <li>■ Attestation de simulation établie par l'organisme payeur ou simulation établie par le locataire relative aux aides au logement.</li> <li>■ Avis d'attribution de bourse pour les étudiants boursiers.</li> <li>■ Titre de propriété d'un bien immobilier ou dernier avis de taxe foncière.</li> <li>■ Justificatif de revenus fonciers, de rentes viagères ou de revenus de valeurs et capitaux mobiliers.</li> </ul>		<b>X</b>
-------------------	--	--	----------