



# DOSSIER D'INSCRIPTION

## DES RÉSIDENCES RATTACHÉES AU CENTRE HOSPITALIER DE TOURCOING

Mise à jour  
06/2022

### Résidence « Isabeau du Bosquel »

89, rue Nationale  
59200 TOURCOING  
03.20.23.43.00

### Résidence « Mahaut de Guisnes »

135, rue du Président Coty  
59208 TOURCOING Cedex  
03.20.69.47.00

### Résidence « Les Maisonnées »

155, rue du Président Coty  
59208 TOURCOING Cedex  
03.20.69.47.50

[www.ch-tourcoing.fr/](http://www.ch-tourcoing.fr/)

Date d'entrée souhaitée	<input type="checkbox"/> Immédiate	<input type="checkbox"/> Dans les 6 mois	<input type="checkbox"/> Echéance plus lointaine
-------------------------	------------------------------------	--	--

### 1. ETAT CIVIL

Nom patronymique	<input type="text"/>	Nom de jeune fille	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Nationalité	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Lieu de naissance	<input type="text"/>
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vivant seul(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	Date du PACS : <input type="text"/> Date du mariage : <input type="text"/> Date du divorce : <input type="text"/> Date de veuvage : <input type="text"/>
Adresse complète (Domicile de secours)	<input type="text"/>		
Situation actuelle	<input type="checkbox"/> Au domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisé(e) <input type="checkbox"/> Chez un tiers <input type="checkbox"/> En maison de retraite		
Si Hospitalisation, préciser	L'établissement	<input type="text"/>	
	Le service	<input type="text"/>	
	La date d'entrée	<input type="text"/>	

<b>La personne est-elle placée sous mesure de protection ?</b>	Demande en cours	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Sous sauvegarde de Justice	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Sous curatelle simple ou renforcée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Sous tutelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Mandat de protection future	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Coordonnées de la personnes en charge de la mesure / du notaire dépôt du mandat</b>		

## 2. COORDONNEES DES ENFANTS dans l'ordre de fratrie (du plus vieux au plus jeune, vivant ou décédé)

Enfants			Situation familiale <i>(Célibataire, marié, divorcé, concubinage, pacsé...)</i>	Conjoints		Nombre d'enfants issu du mariage
Nom et prénom <small>(pour les enfants décédés, préciser « DCD »)</small>	Adresse	Téléphone		Nom (jeune fille) et prénom	Téléphone	
		Fixe : <input type="text"/> Portable : <input type="text"/>			Portable : <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fixe : <input type="text"/> Portable : <input type="text"/>			Portable : <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fixe : <input type="text"/> Portable : <input type="text"/>			Portable : <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fixe : <input type="text"/> Portable : <input type="text"/>			Portable : <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Fixe : <input type="text"/> Portable : <input type="text"/>			Portable : <input type="text"/>	<input type="text"/>

### 3. PERSONNES A CONTACTER

#### a. Mandataire Judiciaire

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Lien de parenté	<input type="text"/>		
Type de mesure	<input type="checkbox"/> Curatelle simple <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Mandat de protection future <input type="checkbox"/> Aux biens <input type="checkbox"/> A la personne		
Adresse complète	<input type="text"/>		
Téléphone domicile	<input type="text"/>	Téléphone travail	<input type="text"/>
Portable	<input type="text"/>	Adresse mail	<input type="text"/>

#### b. Référent familial

1	Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
	Lien de parenté	<input type="text"/>		
	Référent	<input type="checkbox"/> Informations administratives <input type="checkbox"/> Informations relatives à la prise en charge		
	Adresse complète	<input type="text"/>		
	Téléphone domicile	<input type="text"/>	Téléphone travail	<input type="text"/>
	Portable	<input type="text"/>	Adresse mail	<input type="text"/>

2	Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
	Lien de parenté	<input type="text"/>		
	Référent	<input type="checkbox"/> Informations administratives <input type="checkbox"/> Informations relatives à la prise en charge		
	Adresse complète	<input type="text"/>		
	Téléphone domicile	<input type="text"/>	Téléphone travail	<input type="text"/>
	Portable	<input type="text"/>	Adresse mail	<input type="text"/>

#### 4. MODE DE FINANCEMENT DES FRAIS DE SEJOUR

**AIDE SOCIALE**       Prévu       Dossier en cours de constitution       Dossier déposé au CCAS le

Effective en date du  (date de décision)

**PAYANT**

#### 5. RESSOURCES

**a. Pensions** (toutes les pensions françaises et étrangères)

Nom des Caisses	Montant (préciser si mensuel ou trimestriel ou annuel)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**b. Autres** (Pension d'ancien combattant, rente...)

Nom	Montant (préciser si mensuel ou trimestriel ou annuel)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Possédez-vous ?	Si oui, précisez le ou les organisme(s) (banque/agence, pompes funèbres)
Compte(s) Bancaire(s) / CCP <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="text"/>
Carte de crédit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="text"/>
Carte de retrait automatique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="text"/>
Chéquier(s) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="text"/>
Livret d'Épargne (Livret A, CODEVI, LEP...) Titres (actions, obligations, bons du Trésor, ...)	<input type="text"/>

Revenus de capitaux immobiliers	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Contrat d'Assurance Vie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Prêt en cours de remboursement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Dettes diverses	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Plan de surendettement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<i>Si oui, joindre plan de surendettement</i>
Obsèques <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrat obsèques</li> <li>• Assurance décès</li> <li>• Garanties obsèques</li> </ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Nom(s) des pompes funèbres choisies ou présentes		
Concession	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

<b>Quelle(s) est(sont) la(les) personne(s) détentrice(s) de vos informations financières ?</b>		
<b>Quelle est la personne qui détient vos moyens de paiement ?</b>		
<b>Avez-vous donné procuration ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	(Préciser le nom, lien de parenté et l'adresse de la personne ayant procuration) 

## 6. SECURITE SOCIALE – MUTUELLE – ALLOCATIONS FAMILIALES – APA – PRESTATION HANDICAP

<b>Numéro de Sécurité Sociale</b>	
<b>Coordonnées de l'organisme S.S.</b>	
<b>Avez-vous une mutuelle ?</b>	
<b>Coordonnées de l'organisme</b>	

<b>Avez-vous une mutuelle ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Numéro d'adhérent</b>	<input type="text"/>
<b>Montant</b>	<input type="text"/>
<b>Percevez-vous des prestations de la CAF ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Coordonnées de la Caisse :</b>	<input type="text"/>
<b>Numéro d'allocataire :</b>	<input type="text"/>

<b>APA<sup>1</sup></b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Demande en cours
<b>Numéro de dossier :</b>	<input type="text"/>

<b>Prestation Compensation du Handicap / Allocation compensatrice pour Tierce Personne</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---

## **7. LOGEMENT**

Vous êtes :

	De votre habitation	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	De terrain(s)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	De garage(s)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	D'autre(s) maison(s)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> <b>Locataire</b>	Indiquer les coordonnées de l'organisme locatif	
	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Logé à titre gratuit</b>		

1 L'établissement ayant opté pour un versement de l'APA sous forme de dotation globale, l'allocation lui est directement versée. Il n'y a donc pas de demande à réaliser.

<input type="checkbox"/> Propriétaire	De votre habitation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Usfruitier(e) d'une maison vendue en viager			

## 8. CONSENTEMENT

La personne concernée est-elle informée de la demande ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

## 9. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI REMPLIT CE DOSSIER D'INSCRIPTION

Préciser le Nom – Prénom, adresse et lien de parenté de la personne ayant constitué le dossier

En conséquence de l'admission à l'aide sociale, toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites judiciaires, l'application des peines prévues par l'article 405 du code pénal et le recouvrement des prestations indûment perçues.

A  le

Signature

(Nom et prénom si saisie informatique)

## 10. LISTE DES PIÈCES NÉCESSAIRES POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pièce d'identité (carte nationale d'identité/carte de séjour/passeport)   | <input type="checkbox"/> Avis d'imposition ou de non imposition des 2 dernières années          |
| <input type="checkbox"/> 4 photos d'identité   | <input type="checkbox"/> Dernière déclaration de revenus (n-1)                                  |
| <input type="checkbox"/> Copie complète du livret de famille (y compris la 1ère page vierge) OU extrait d'acte de naissance pour les célibataires avec mention marginale et registre civil | <input type="checkbox"/> Attestations annuelles des caisses de retraite                         |
| <input type="checkbox"/> Copie de l'attestation de PACS  | <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance habitation                                     |
| <input type="checkbox"/> Jugement de mise sous protection  | <input type="checkbox"/> Copie de la dernière taxe d'habitation, taxe foncière (le cas échéant) |
| <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité et notification de reconnaissance du handicap  | <input type="checkbox"/> Copie de la décision d'attribution d'APA (ou AR de la demande)         |
| <input type="checkbox"/> Attestation de Sécurité Sociale   | <input type="checkbox"/> Justificatifs de la prestation Handicap                                |
| <input type="checkbox"/> Copie de la Carte Vitale  | <input type="checkbox"/> Copie du contrat obsèques et échéancier de paiement                    |
| <input type="checkbox"/> Carte de mutuelle ou attestation de CMU complémentaire  | <input type="checkbox"/> Copie du titre de concession   |
| <input type="checkbox"/> Copie des garanties de mutuelle   | <input type="checkbox"/> RIB  |
| <input type="checkbox"/> Carte d'allocataire de la CAF ou justificatif   |   |

### Documents complémentaires à joindre pour un dossier d'Aide Sociale

- Accusé de réception de la demande d'Aide Sociale
- Quittance de loyer pour les locataires, attestation sur l'honneur pour les personnes logées à titre gratuit, acte notarié pour les maisons vendues en viager
- Historique sur 2 ans des livret(s) d'épargne (Livret A, B, LEP, PEP, CODEVI,...)
- Relevés de compte bancaire, postal ou d'épargne des 6 derniers mois
- Relevés détaillés des actions, obligations et bons du Trésor
- Contrat d'assurance vie (Nom(s) du/des bénéficiaire(s), capital à ce jour, date de souscription et clauses bénéficiaires)
- Tableau d'amortissement de prêt (immobilier, à la consommation)
- Ordre de virement pour les 6 prochains mois

### Documents complémentaires à joindre pour un dossier payant

- Derniers relevés des comptes courant et d'épargne
- Engagement de payer signé
- Provision à l'entrée (égale au tarif hébergement x 31, à l'ordre du Trésor Public)
- Autorisation de prélèvement

### Informations médicales complémentaires au cadre de la résidence lors de la visite de pré-admission

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Protocole de soins si ALD   | <input type="checkbox"/> Carte de groupe sanguin   | <input type="checkbox"/> Carnet de vaccination |
| <input type="checkbox"/> Formulaire de désignation de la personne de confiance (signé par la personne elle-même) | <input type="checkbox"/> Déclaration de directives anticipées (signée par la personne elle-même) |  |