

Nom : ..... Prénom : .....

♦ **Orientation MDPH par la CDAPH :**

➤ **Le demandeur fait-il l'objet d'une orientation MDPH par la CDAPH ?**  Oui  Non

Si Oui, de quel département relève-t-il ?  .....

N° de dossier :  Date de la dernière décision :  /  /

La décision prévoit-elle un placement en F.A.M. (Foyer d'Accueil Médicalisé) :  Oui  Non

Si Non, quelle est la décision : .....

**(Important : la décision CDAPH est indispensable pour l'accueil à la Résidence ALGIRA ; si elle n'y figure pas ; demandez une modification de la décision à votre MDPH incluant cette mention, sans spécifier un FAM particulier).**

♦ **Aide Sociale à l'Hébergement :**

➤ **Une demande a-t-elle été déposée :**  Oui  Non

Auprès de quel Conseil Départemental : .....

**Dans le cas où la demande d'Aide Sociale n'a pas été instruite, merci de prendre connaissance du document en annexe 1 qui vous présentera l'Aide Sociale à l'Hébergement.**

♦ **Allocation de Logement Sociale**

Dans les perspectives d'un accueil permanent, une demande sera effectuée auprès de la CAF de l'Indre pour vous soutenir dans le financement du prix de séjour. L'Allocation de Logement Sociale, calculée sur la base de vos revenus, sera reversée directement à la résidence.

♦ **Mesures de protection juridique**

➤ **La personne concernée fait-elle l'objet d'une mesure de protection juridique ?**

Oui, s'agit-il d'une :  Tutelle  Curatelle simple  Curatelle renforcée  
 Mesure de sauvegarde de justice

Date de la décision :  /  /

Non  Des démarches sont en cours

Auprès de quel tribunal : .....

♦ **Par qui la mesure est-elle exercée ?**

Un proche  Un mandataire judiciaire à la protection des majeurs

Association tutélaire : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP :  Ville : .....

☎ :

E-mail : .....@.....

◆ **Organismes de prise en charge de la personne**

➤ **De quelle Caisse Primaire d'Assurance Maladie relève-t-elle ?** : .....

N° identification :

Adresse : .....

CP :     Ville : ..... ☎ :

➤ **Affection Longue Durée (A.L.D.)** :  Oui  Non

➤ **Adhère-t-elle à une Mutuelle ?** :  Oui  Non

Si oui, Nom de la mutuelle : .....

N° de Sociétaire :

Adresse : .....

CP     Ville : ..... ☎ :

➤ **Bénéficie-t-elle d'une Assurance Complémentaire ?**  Oui  Non

Si oui Nom de la compagnie : .....

N° de Sociétaire :

Adresse : .....

CP     Ville : ..... ☎ :

➤ **Bénéficie-t-elle d'une prise en charge financière par une indemnisation (l'assurance d'un tiers responsable de l'accident, la CIVI ...)** ?

Oui  En cours  Non

◆ **Ressources Financières**

La personne concernée bénéficie-t-elle de ressources financières ?  Oui  Non

Pension Invalidité catégorie 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allocation Tierce Personne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rente Accident du Travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allocation Adulte Handicapé (AAH)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres, précisez (IJ,...) : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non