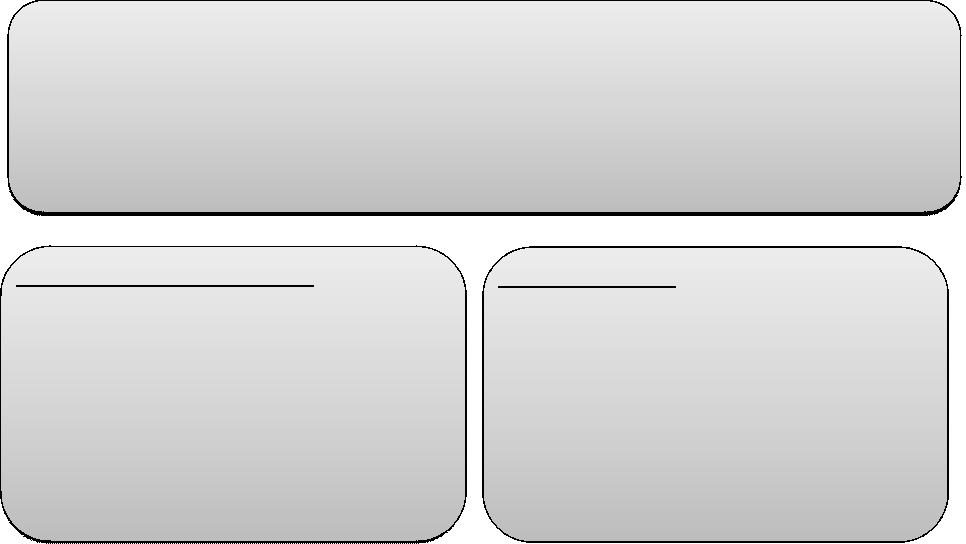
**Demande d’admission** Date de la demande :

**Questionnaire administratif**

**INTERLOCUTEUR(S) PRIVILEGIE(S) OU REFERENT FAMILIAL**



Nom Prénom

Adresse

**Mesure de protection juridique**

U Non U en cours U Oui

*(si oui joindre une copie du jugement)*

Tutelle U curatelle

**U**

U Habilitation familiale

U Sauvegarde de justice

U Mandat de protection future

N° de téléphone Mail

**Situation Familiale**

U Célibataire U vie maritale U Marié(e)

U Veuf(ve) U Pacsé(e) U Divorcé(e)
  
U Séparé(e)

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** | **Téléphone (2)** |
| **PRENOM** | **Téléphone (1)** |
| **Lien de parenté** | **Mail** |
| **Adresse** | |

**2-**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** | **Téléphone (2)** |
| **PRENOM** | **Téléphone (1)** |
| **Lien de parenté** | **Mail** |
| **Adresse** | |

**Conditions de logement actuel**

**Etes-vous :**

* Locataire **❑** Propriétaire **❑** hébergé à titre gratuit **❑** Autre :
    
  **Avez-vous des intervenants à domicile :**
* Aide-ménagère **❑** Aide à la toilette **❑** Infirmier
* Kinésithérapeute **❑** portage de repas **❑** Orthophoniste **❑** Autre

**Bénéficiez-vous d’une allocation logement ? ❑** Oui **❑** Non

**Bénéficiez-vous d’allocation personnalisée à l’autonomie (APA) ? : ❑** Oui **❑** Non

**Avez-vous un animal de compagnie ? ❑** Oui **❑** Non

*Votre attention est attirée sur le fait que seul un animal de compagnie de petite taille est accepté dans votre studio. Pensez à identifier une personne qui pourra prendre en charge votre animal de compagnie en cas d’hospitalisation.*

*Information sur la protection et la protection des données*

*Les informations portées sur ce formulaire font l’objet d’un traitement informatisé par la Résidence pour le suivi de votre dossier. Les destinataires des données sont le personnel de la Résidence, et le siège de l’Association Notre Dame de Bon Secours (pour statistiques).*

*Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement et d’une limitation du traitement ainsi que de la portabilité des données. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser à la Résidence autonomie Notre Dame de Bon Secours par mail à* [*residence@ndbs.org*](mailto:residence@ndbs.org) *ou par voie postale à l’attention de la Résidence – BL 23 – 68 rue des Plantes – 75014 PARIS.*

Les dossiers de demande d’admission sont conservés :

* Deux ans tant qu’un logement n’a pas été attribué (liste d’attente)
* La durée de séjour lorsqu’un logement a été attribué

Au-delà de la fin du séjour ou des deux ans en liste d’attente, la demande d’admission est détruite.

**Date d’entrée souhaitée :**

* Immédiate **❑** Dans les 3 mois
* Dans les 6 mois **❑** Echéance plus lointaine
    
  **Pièces à joindre**
* Copie de la pièce d’identité en cours de validité
* Copie du dernier avis d’imposition ou non-imposition sur les revenus
* Le cas échéant, copie du jugement de protection juridique
* Notification APA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | **Résidence autonomie  Notre Dame de Bon Secours  BL 23 – 68 rue des Plantes  75014 PARIS  01 40 52 43 71  @ :** [**residence@ndbs.org**](mailto:residence@ndbs.org) |  |
| **Métro : Alésia**  **Tramway : Jean Moulin**  **Bus : 58 – hôpital Notre Dame de Bon Secours** | | |

**Réservé à l’administration**Contact avec le demandeur

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date | N° de logement proposé | Visite (date - initiales) | Accord demandeur (R – A) | Accord Résidence | Informations |
|  |  |  |  |  |  |

**Demandes à satisfaire**

* APL
* APA
* Médecin traitant
* SSIAD
* Aide-ménagère