



SIVU Guipavas/Le Relecq Kerhuon

58 rue Saint Thudon - 29490 GUIPAVAS

EHPAD Georges Brassens : 02 98 84 86 43

EHPAD Jacques Brel : 02 98 84 69 37

EHPAD et Foyer Logement de Kerlaouéna : 02 98 28 08 54

DEMANDE D'ADMISSION

**Dossier de demande d'admission à déposer ou à expédier impérativement à
L'Ehpad Jacques Brel, 58 rue Saint Thudon, 29490 Guipavas**

Dossier d'admission déposé pour les établissements cités ci-après :

- EHPAD Georges Brassens EHPAD Jacques Brel
- EHPAD Kerlaouéna Foyer Logement Kerlaouéna

Cadre réservé à l'administration

Réception de la demande par :

.....

Date

A noter : ce dossier sera inscrit en liste d'attente dès lors qu'il aura été étudié, et validé lors de la rencontre avec le futur résident, par le service des admissions.

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance		Lieu de naissance	
-------------------	--	-------------------	--

SITUATION FAMILIALE :

Célibataire **Marié(e)** date de mariage/...../..... **Pacsé(e)** date de pacs/...../.....

Divorcé(e) date de divorce/...../..... **Veuf(ve)** date de veuvage/...../.....

BENEFICIEZ-VOUS DES AIDES SUIVANTES ?

APL (Allocation logement) oui non

Si oui, nom de la caisse..... N° allocataire.....

AAH (Allocation pour Adulte Handicapé) oui non Ne sais pas

CAISSES DE RETRAITE

	NOM ET ADRESSE	MONTANT ANNUEL
1
2
3
4
5
TOTAL annuel	

COORDONNEES DES FAMILLES/PROCHES : (la personne désignée en 1 sera pour nous la personne référente)

- 1) Nom, prénom :
Adresse ville :
Courriel :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :
- 2) Nom, prénom :
Adresse ville :
Courriel :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :
- 3) Nom, prénom :
Adresse ville :
Courriel :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :
- 4) Nom, prénom :
Adresse ville :
Courriel :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :
- 5) Nom, prénom :
Adresse ville :
Courriel :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :
- 6) Nom, prénom :
Adresse ville :
Courriel :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

ANIMAL DE COMPAGNIE : oui non

Personne qui prendra en charge l'animal en cas d'incapacité à assumer le rythme de l'animal, de maladie, hospitalisation ou décès :

PIECES COMPLEMENTAIRES A JOINDRE AU DOSSIER LORS DE L'INSCRIPTION :

- Photocopie de la carte d'identité recto verso
- Photocopie du livret de famille (dans son intégralité)
- Photocopie de l'attestation de droits de l'assurance maladie (à jour)
- Mutuelle oui non Si oui, photocopie de la carte mutuelle
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou non-imposition sur les revenus
- Justificatifs des pensions
- Attestation du médecin traitant (formulaire n° 4 ci-joint)
- Photo récente (pas nécessairement une photo d'identité)