



DOSSIER UNIQUE
D'ACCOMPAGNEMENT GERONTOLOGIQUE
POUR L'ENSEMBLE DES RESIDENCES ET SERVICES DU
COMITE DES AGES

Vous pouvez déposer le dossier et avoir des renseignements au
Comité des âges – Rue Pierre Brossolette – BP 70355 – Aulnoy lez valenciennes
59304 VALENCIENNES CEDEX
Tél : 03.27.23.78.00 – Fax : 03.27.23.78.99 – cdesages.accueil@cdesages.com

Résidences		
Résidence « Harmonie » EHPAD Rue Pierre Brossolette – 59300 AULNOY LEZ VALENCIENNES - Tél : 03.27.23.78.00	Hébergement permanent <input type="checkbox"/>	Hébergement Temporaire <input type="checkbox"/>
Résidence « Les Godenettes » EHPAD 1 Rue Louis Lemoine – 59125 TRITH-SAINT-LÉGER - Tél : 03.27.20.09.40	Hébergement permanent <input type="checkbox"/>	Hébergement Temporaire <input type="checkbox"/>
Résidence autonomie « Heures Claires » Rue Pierre Brossolette – 59300 AULNOY LEZ VALENCIENNES - Tél : 03.27.23.78.00 <input type="checkbox"/>	Résidence autonomie « Arthur Musmeaux » Rue Marcel Sembat 59590 Raismes Tél : 03.27.23.70.00 <input type="checkbox"/>	
Accueil de jour « La Relaiance » 90 Rue Léo Ferré – 59494 PETITE FORET -Tél : 03.27.09.24.00		<input type="checkbox"/>
Accueil de jour « Yokoso » 23 Rue Madeleine Caulier – 59121 HAULCHIN- Tél : 03.27.38.03.84		<input type="checkbox"/>
SPASAD		
Service de soins infirmiers à domicile « SSIAD » Rue Pierre Brossolette-59300 AULNOY LEZ VALENCIENNES -Tél : 03.27.23.78.67 <input type="checkbox"/>		
Equipe Spécifique Alzheimer à Domicile « ESAD » 90 Rue Léo Ferré- 59494 PETITE FORET-Tél : 03.27.09.91.99 <input type="checkbox"/>		
Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile « SAAD » Rue Pierre Brossolette – 59300 AULNOY LEZ VALENCIENNES	Prestataire <input type="checkbox"/> Portage de repas à domicile <input type="checkbox"/> Transport accompagné <input type="checkbox"/>	Garde itinérante de nuit <input type="checkbox"/> Petit travaux bricolage <input type="checkbox"/> Petit travaux de jardinage <input type="checkbox"/>

La loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles. Ces réponses sont obligatoires, un défaut de réponse entrainerait l'impossibilité d'instruire votre dossier. Le destinataire de ces informations est exclusivement le Comité des AGES, la loi garantit un droit d'accès et de rectification des informations auprès de nos services.

DOSSIER ADMINISTRATIF

Personne concernée par la demande

Renseignements à compléter pour l'ensemble des services et résidences

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Coordonnées : N° de voie, rue, boulevard _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse email : _____

Protection sociale :

N° de Sécurité sociale : ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Caisse d'affiliation : _____ Régime : Général Minier MSA
 SNCF Autre

Couverture complémentaire : CMU Régime mutualiste

Nom et adresse de la mutuelle : _____

Carte d'invalidité : Oui Non En cours

Situation de famille :

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e)
 Divorcé(e) Vie maritale Pacsé(e)

Avez-vous des enfants : Oui Non

Si oui, précisez combien : _____ dont décédé(s) : _____

Lieu de vie :

Domicile personnel Précisez si : Locataire Propriétaire Usfruitier
 Chez un proche En famille d'accueil En hébergement (type EHPAD, EHPA...)
 En établissement sanitaire (établissement de santé...)

Intervenants médicaux :

Médecin traitant : Nom et Prénom _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Infirmier : Nom et Prénom _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Pédicure : Nom et Prénom _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Kinésithérapeute : Nom et Prénom _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Ambulancier : Nom et Prénom _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Orthophoniste : Nom et Prénom _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Mesures de protection des biens et des personnes :

Oui Non En cours auprès du tribunal d'instance de : _____

Si oui, précisez : Tutelle Curatelle

Nom et prénom du tuteur ou curateur : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : Oui Non

Si oui, précisez : _____

Personne de confiance Référent familial

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

Directives anticipées : Oui Non si oui, joindre la copie du document

Contrat obsèques : Oui Non si oui, joindre la copie du document

Aides financières :

APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) : Non bénéficiaire Demande en cours

Bénéficiaire Précisez le n° de dossier : _____

Demande en cours pour aggravation suite à une demande d'accueil de jour

APL (Aide Personnalisée au Logement) : Non bénéficiaire Demande en cours

Bénéficiaire Précisez le n° de dossier : _____

Aide sociale à l'hébergement : Non bénéficiaire Demande en cours

Bénéficiaire Précisez le n° de dossier : _____

Groupe Iso Ressources (G.I.R.) :

Précisez votre GIR : 1 2 3 4 5 6

Contacts :

Nom et prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Adresse Email : _____

Nom et prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Adresse Email : _____

Nom et prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Adresse Email : _____

Nom et prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Adresse Email : _____

Nom et prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Adresse Email : _____

Nom et prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Adresse Email : _____

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES A COMPLETER
UNIQUEMENT POUR UNE DEMANDE D'HEBERGEMENT
PERMANENT OU TEMPORAIRE**

Ressources :

Caisse de retraite principale :

Nom de l'organisme payeur : _____

Adresse : _____

Montant perçu : _____ €/an

Caisse de retraite complémentaire :

Nom de l'organisme payeur : _____

Adresse : _____

Montant perçu : _____ €/an

Caisse de retraite complémentaire :

Nom de l'organisme payeur : _____

Adresse : _____

Montant perçu : _____ €/an

Caisse de retraite complémentaire :

Nom de l'organisme payeur : _____

Adresse : _____

Montant perçu : _____ €/an

Aides sociales :

Nom de l'organisme payeur : _____

Adresse : _____

Montant perçu : _____ €/an

DOCUMENTS ADMINISTRATIVES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

Ressources

- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition « obligatoire pour la constitution du dossier d'APL »
- Déclaration fiscale de l'année en cours
- Justificatifs des pensions de l'année en cours
- Justificatifs des revenus perçus du dernier trimestre
- 2 relevés d'identité bancaire

Vie Sociale

- Jugement de curatelle ou tutelle
- Contrat obsèques
- Notification d'APA à Domicile
- Récépissé du dossier d'aide sociale
- Carte Allocataire CAF
- Carte Invalidité
- Carte de Sécurité Sociale et de Mutuelle
- Attestation d'assurance de l'année en cours « responsabilité civile »

Etat Civil

- Livret de famille
- Extrait d'acte de naissance avec mentions marginales
- 2 photos d'identité

FORMULAIRE DE CONTACT

Objet : *Dossier d'accompagnement gérontologique*

Données personnelles : Dans le cadre de la collecte de données à caractère personnel, le responsable de traitement est le Comité deS AGES, représenté par Denis RODOT, Directeur Général, par délégation de la Présidente en date du 26 mai 2021.

Les données à caractère personnel sont collectées en vertu de l'art cle 6.1.e) du règlement n  2016/679 dit Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) afin d'instruire vos demandes.

Elles sont enregistrées et transmises au responsable du service concerné. Le cas échéant, vos données à caractère personnel peuvent être consultées par le service informatique de la société MSI en cas d'incident technique. Ces données sont conservées 10 ans à compter du dernier échange au sein du système d'information du Comité deS AGES, ou 10 ans après le décès de la personne concernée.

En vertu de la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès de rectification, de limitation de traitement et d'opposition sur le traitement effectué.

Pour exercer vos droits, adresser un courrier à l'adresse postale suivante :

Comité deS AGES
Rue Pierre Brossolette
BP 70355
59304 VALENCIENNES CEDEX

Ou par voie électronique à l'adresse mail suivante : rgpd@cdg59.fr

Vous disposez par ailleurs, du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Date:

Nom-Prénom:

Signature :