



Institution à but non lucratif créée en 1848

EHPAD | Résidence Autonomie | Accueil de jour | Unité PHV  
Maison en Partage | Habitat inclusif | Aide à la Vie Partagée | Senes Domi ( EHPAD à domicile)

## RESIDENCE AUTONOMIE FICHE D'INSCRIPTION

33, rue Richelieu 30000 NIMES ☎ : 04.66.67.46.80 - fax : 04.66.76.16.58 Courriel :  
[residenceautonomie@msprotestante.fr](mailto:residenceautonomie@msprotestante.fr)

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| DATE DE LA DEMANDE : |  | Demande faite par : Demandeur <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/><br>Autre : |
|----------------------|--|--|

### INFORMATIONS DU DEMANDEUR

|                                  |  |                      |  |
|----------------------------------|--|----------------------|--|
| NOM :                            |  | Prénom :             |  |
| Date de Naissance :              |  | Age :                |  |
| Adresse actuelle :               |  |                      |  |
| Code Postal :                    |  | Ville :              |  |
| Téléphone fixe :                 |  | Téléphone portable : |  |
| Adresse mail :                   |  |                      |  |
| Situation familiale :            | Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(-ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> |                      |  |
| Nombre d'enfants :               |  |                      |  |
| Régime de protection juridique : | NON <input type="checkbox"/> TUTELLE <input type="checkbox"/> CURATELLE <input type="checkbox"/> HABILITATION FAMILIALE <input type="checkbox"/><br>AUTRE : _____                  |                      |  |

### PERSONNE REFERENTE

|                          |  |              |  |
|--------------------------|--|--------------|--|
| NOM :                    |  | Prénom :     |  |
| Lien avec le demandeur : |  |              |  |
| Téléphone : :            |  | Adresse mail |  |

### INFORMATIONS GENERALES SUR LE DEMANDEUR

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Motif du souhait de changement de domicile :                    |   |   |   |
| Animaux de compagnie  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Appartement sans ascenseur possible :                           | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Souhait (type de logement, autre) :                             |   |   |   |
| Soins Infirmiers :  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Kiné :  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |   | GIR : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |   |
| Préciser :  |   | Préciser :  |   |
| Revenus :   |   | Evaluation APL :  |   |
| Argent de côté :  |   | Habilitation ASH :  |   |
| Remarques :   |   |   |   |

Comment a été connue la résidence autonomie ?

### RESERVE A LA MAISON DE SANTE PROTESTANE

| Appartement proposé | RDV le : | Commentaires : | Résultat |
|---------------------|----------|----------------|----------|
| Lieu :<br>Tarif :   |          |                |          |