



DEMANDE D'ADMISSION EN APPARTEMENT AIR

Date de réception :/...../.....

DOSSIER ADMINISTRATIF

M/Mme/Mlle¹ Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de la demande :/...../.....

Demande présentée avec :

M/Mme/Mlle¹ : Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Lien (tuteur, famille, proche...) :

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

à adresser au Service d'Accompagnement à la Vie Sociale :

1 rue Bon Sauveur – 22140 BEGARD

02.96.45.37.94 - Fax : 02.96.45.38.24

E-mail : savs.begard@fondationbonsauveur.fr

En cas d'accord, pour un appartement AIR, ce dossier valide la demande d'admission SAVS

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec le SAVS.

¹ Rayer les mentions inutiles

DOSSIER ADMINISTRATIF

Pièces à fournir

- Lettre manuscrite de la personne ou de son représentant
- Justificatif de ressources
- Certificat Médical (modèle joint)

Photocopies des documents ci-dessous :

- Toutes les notifications MDPH
- Carte d'identité (recto verso)
- Mesure de protection
- Attestation d'assuré social
- Carte de mutuelle
- Assurance individuelle – responsabilité civile

Informations sur l'orientation SAVS

Orientation SAVS :

Obtenue le :

Demandée le :

Non demandée

SITUATION DE LA PERSONNE

Identification

M/Mme/Mlle¹ : Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :

Date de Naissance : .../.../.... Lieu de naissance

Situation familiale :

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

Nombre d'enfants :

A ce jour le :/...../.....

Adresse personnelle :

.....
.....

/...../...../.....

/...../...../.....

E-mail :

N° de sécurité sociale :

- - - - -

Adresse de la caisse :

.....
.....

N° de complémentaire santé :

Organisme :

.....

N° allocataire – Prestations familiales :

Adresse de la caisse :

.....
.....
.....

N° dossier MDPH :

.....

N° carte d'invalidité :

Date :

¹ Rayez les mentions inutiles

Médecin Traitant :

Nom : Prénom :

Téléphone : .../.../.../.../...

Adresse :

.....

Médecin psychiatre

Nom : Prénom :

Téléphone : .../.../.../.../...

Adresse :

.....

CMP

Nom :

Téléphone : .../.../.../.../...

Adresse :

.....

Référents soignants :

.....

.....

Infirmier libéral :

Nom : Prénom :

Téléphone : .../.../.../.../...

Adresse :

.....

Autre personne intervenante

Nom : Prénom :

Fonction :



Téléphone : .../.../.../.../...

Adresse :

.....

.....

Mesure d'accompagnement et de protection :

<input type="checkbox"/> MASP	<input type="checkbox"/> MAJ	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Curatelle
Date de la décision :/..../....				
Durée de la mesure :				
Lieu de la décision :				
Mesure confiée à :				
Organisme :				
Adresse :				
.....				
/...../...../.....				
/...../...../.....				
E-mail :				

Situation financière :

<input type="checkbox"/> Salaire
<input type="checkbox"/> Allocation chômage
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières
<input type="checkbox"/> Prestations familiales
<input type="checkbox"/> Allocation logement
<input type="checkbox"/> Revenu de solidarité active
<input type="checkbox"/> Allocation adulte handicapé
<input type="checkbox"/> Allocation vie autonome
<input type="checkbox"/> Complément de ressources
<input type="checkbox"/> PCH ou ACTP
<input type="checkbox"/> Pension invalidité
<input type="checkbox"/> Allocation supplémentaire d'invalidité
<input type="checkbox"/> Retraite
<input type="checkbox"/> Retraite complémentaire
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)

Renseignements familiaux :

Conjoint :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Les parents :

PERE

MERE

Nom et prénom

Adresse

.....

Téléphone :/...../...../...../...../...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../...../...../...../...../.....

La fratrie

1

2

Nom et prénom

Adresse

.....

Téléphone :/...../...../...../...../...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../...../...../...../...../.....

3

4

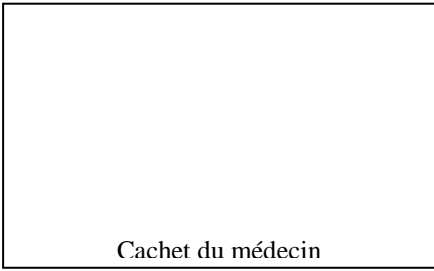
Nom et prénom

Adresse

.....

Téléphone :/...../...../...../...../...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../...../...../...../...../.....



à Commission admission AIR
22140 BEGARD

CERTIFICAT MEDICAL

POUR L'ADMISSION EN APPARTEMENT D'INSERTION ET DE REINSERTION

Je soussigné(é), Docteur, certifie que l'état de santé de

M/Mme/Mlle

Né(e) le

A

Est compatible avec le dispositif « AIR ».

Cachet et signature du médecin

