



VIVRE ENSEMBLE

Mutuelle d'Aide aux Personnes Handicapées Mentales
La Maison des Champs Droux – Foyer d'Accueil Médicalisé
2 Allée des Vergers – 78750 Mareil-Marly
Tél. : 01 30 08 73 90 – Fax : 01 30 08 73 99

DOSSIER DE CANDIDATURE

Le Foyer d'Accueil Médicalisé "La Maison des Champs Droux" de la Mutuelle VIVRE ENSEMBLE est une structure médico-sociale qui accueille 48 adultes à partir de 40 ans, handicapés mentaux vieillissants »

Documents à fournir :

- Photocopie recto verso de la carte d'identité,
- Photocopie recto verso de la carte d'invalidité,
- Photocopie de l'orientation MDPH
- Photocopie de l'attestation d'assurance maladie,
- Photocopie de la carte de mutuelle,
- Photocopie du jugement de tutelle ou curatelle,
- Justificatifs des ressources actuelles (AAH, retraite, pension...),
- Ordonnance médicale en cours,
- Photocopie des derniers comptes rendus d'observation éducatifs et médicaux.

Loi Informatique et Liberté

Les informations recueillies sont nécessaires à la gestion du fichier Résidants. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à une exploitation interne. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat (Tél : 01.30.08.73.90).

Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce document qui va nous permettre d'instruire votre demande d'accès au Foyer.

IDENTIFICATION

NOM :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance : Nationalité :

Sexe : Masculin Féminin

DOMICILE DE SECOURS

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Mail :

REPRESENTANT LEGAL

Si vous avez un **représentant**, préciser s'il est :

Un parent votre curateur votre tuteur

lien de parenté :

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Mail :

SITUATION ADMINISTRATIVE

SECURITE SOCIALE

Numéro d'assuré(e) social(e) :

Nom de la caisse :

Adresse :

Code postal : Ville :

MUTUELLE

Numéro Adhérent:

Nom de la caisse :

Adresse :

Code postal : Ville :

Bénéficiaire de la CMU : OUI NON

ALLOCATIONS FAMILIALES

Numéro :

Etes vous inscrit à la CAF, de quel département :

Nom de la caisse :

Adresse :

Code postal : Ville :

MDPH/CDAPH

Avez-vous un dossier :

Si oui, dans quel département : Numéro :

Bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé : OUI NON
si OUI, date de validité :

Bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne : OUI NON

Titulaire d'une carte d'invalidité : OUI NON
si OUI, date de validité : Taux :

AIDE SOCIALE

Numéro :

Droits du..... au

