

Centre Communal d'Action Sociale de Draguignan



LISTE DES PIÈCES A PRODUIRE

- Une pièce d'identité ou une Carte de séjour en cours de validité
- Photocopie du livret de famille (y compris la page suivant le dernier enfant)
- Photocopie de l'attestation papier de la carte vitale ainsi que de la carte vitale
- Photocopie de votre carte mutuelle
- Le dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Attestations annuelles des pensions
- Les trois derniers relevés bancaires
- Récapitulatif du patrimoine (immobilier – livret d'Epargne – SICAV – Assurance Vie...)
- Notification de la CAF
- Notification d'attribution d'APA ou attestation de dépôt
- Modalités de paiement (à cocher)
 - Engagement de paiement des frais de séjour
 - Notification d'accord de prise en charge par l'Aide Sociale ou Attestation de dépôt de la demande d'admission à l'Aide Sociale pour le paiement des frais de séjour
- Attestation d'Assurance Responsabilité Civile
- Copie de l'ordonnance de protection juridique (s'il y a lieu)
- Contrat obsèques (s'il y a lieu)

Centre Communal d'Action Sociale de Draguignan



ATTESTATION DE DEPOT D'UN DOSSIER D'AIDE SOCIALE (A.S.P.A.)

Je soussigné (e)

Mairie de

Certifie avoir constitué un dossier d'Aide Sociale pour la personne âgée, en faveur de

M.....

.....

En vue de son placement en Etablissement pour Personnes Agées à

.....

Fait à le

Cachet

Signature

*Etablissements Pour Personnes Agées
Secteur du CLIC de la Dracénie*

(Imprimé unique)

**ATTESTATION DE DEPOT
D'UN DOSSIER D'ALLOCATION PERSONNALISEE AUTONOMIE
(A.P.A.)**

Je soussigné

Mairie de

certifie avoir constitué un dossier d'Allocation Personnalisée Autonomie, en faveur de

M
.....

Fait à le

Signature

Cachet

Centre Communal d'Action Sociale de Draguignan



ENGAGEMENT DE PAIEMENT Et CAUTION

Je soussigné (e)

Demeurant

.....

M'engage à régler la totalité des frais d'hébergement et de dépendance de

M.....

.....

(lien de parenter à préciser).....

.....

Fait à le

Signature

Centre Communal d'Action Sociale de Draguignan



Certificat Médical

Je soussigné(e)

Médecin généraliste, certifie avoir examiné ce jour

Monsieur ou Madame

En vue de son admission au Foyer logement « La Résidence de l'Horloge » de
DRAGUIGNAN (établissement non médicalisé)

Je certifie que son état de santé

- Est bien compatible avec la vie en collectivité,
- Qu'il ou elle n'est pas atteint(e) de pathologie psychiatrie
- Qu'il ou elle n'est pas atteint(e) de pathologie contagieuse
- Que l'intéressé(e) est autonome et relève bien d'un GIR 5/6