



la Maison de Vie

DOSSIER D'ADMISSION

LA MAISON DE VIE

450 chemin de la Peyrière - 84200 CARPENTRAS

04.90.30.47.09 - lamaisondevie@gmail.com - lamaisondevie.fr

DOCUMENTS A JOINDRE POUR VOTRE DEMANDE D'ADMISSION

En accompagnement de votre dossier, nous vous demandons de joindre les documents suivants :

- photocopie de votre carte d'identité ou titre de séjour (recto/verso)
- Si hébergement en structure d'hébergement (ACT...), certificat de la structure indiquant qu'elle s'engage à vous accueillir à la fin du séjour à la Maison de Vie

Sous enveloppe cachetée à l'attention de Monsieur le Médecin Référent de la Commission d'Admission de la Maison de Vie :

- Ordonnance récente avec l'ensemble des prescriptions
- Formulaire médical (pages 6 & 7) veiller à faire remplir par votre médecin le certificat médical page 7

BAREME DE PARTICIPATION FINANCIERE DES RESIDENTS AU SEJOUR A LA MAISON DE VIE

Une modeste participation financière aux frais d'hébergement, de restauration et aux activités est demandée aux résidents. Elle est déterminée en fonction des revenus mensuels.

Cette participation n'est pas prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

MONTANT DES REVENUS NETS MENSUELS	MONTANT PAR NUITEE ET PAR PERSONNE
inférieurs ou égaux à 1000 €	6 €
1000 € à 1500 €	10 €
1500 € à 2000 €	15 €
> 2000 €	24 €

Gratuité pour les enfants < 5 ans / 3 € de 5 à 14 ans / 6 € à partir de 15 ans

DEMANDE D'ADMISSION POUR UN SEJOUR A LA MAISON DE VIE

ETABLISSEMENT NON MEDICALISE

NOM	PRENOM	NE(E)LE
LIEU DE NAISSANCE		
ADRESSE		
CODE POSTAL	VILLE	
TELEPHONE	EMAIL	

Nationalité	(joindre la copie d'une pièce d'identité valide)
Etes-vous placé(e) sous protection juridique ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	si oui <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle
Nom du curateur	tél. du curateur
Adresse du curateur	

DEMARCHE INDIVIDUELLE ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si non		MA DEMARCHE EST ETABLIE PAR L'INTERMEDIAIRE DE
Service hospitalier		Ville
Nom du Correspondant		Tél
Service Social		Ville
Nom du Correspondant		Tél
Association		Ville
Nom du Correspondant		Tél
PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN		
Nom	Prénom	Tél

RESSOURCES MENSUELLES DU DEMANDEUR (indiquer les montants en €)				
SALAIRE	RETRAITE	AAH	RSA	INVALIDITE
AUTRES RESSOURCES (précisez)				

1. Quelle est votre situation de famille actuelle ? (entourez votre réponse)

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. Célibataire | 5. Divorcé(e) |
| 2. En union libre | 6. Veuf/ve |
| 3. Marié(e) | 7. Pacsé(e) |
| 4. Séparé(e) | |

2. Quelle est votre situation professionnelle ? (entourez votre réponse)

1. Salarié(e)
2. A mon compte
3. Je ne travaille pas actuellement mais je recherche un emploi
4. Je ne travaille pas actuellement et ne recherche pas d'emploi / ou je suis en incapacité de travail
5. Homme/Femme au foyer
6. Retraité(e)
7. En formation

3. Avez-vous un projet professionnel ?

oui **non** si oui précisez :

4. Quel est votre mode d'hébergement ? (entourez votre réponse)

1. Logement individuel
2. Structure (ACT/foyer...)
3. Co-location
4. Hébergement à titre gratuit chez :
 - a. Parents
 - b. Famille
 - c. Amis

5. Avez-vous des personnes à charge ?

oui **non** si oui précisez :

6. Vous considérez-vous dépendant(e) des produits/activités suivant(e)s ? (entourez votre réponse)

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1. Tabac | 5. Jeux |
| 2. Alcool | 6. Sexe |
| 3. Cannabis | 7. Autres substances |
| 4. Drogues/Médicaments | précisez : |

7. Fréquentez-vous une association ou un club de loisir ?

oui **non** si oui précisez :

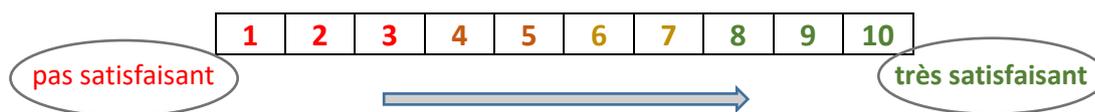
8. Pratiquez-vous un sport ?

oui **non** si oui précisez :

9. Quels événements ou situations vous procurent une sensation de plaisir, de bien-être, de joie ?

10. Qu'aimeriez-vous améliorer dans votre quotidien ?

11. Sur cette échelle entourez le chiffre reflétant votre sensation de bien-être général



12. Pensez-vous prêter de l'intérêt à votre alimentation ? oui non pas assez

13. Pensez-vous accorder de l'importance à votre activité physique ? oui non pas assez

14. Avez-vous des troubles du sommeil ? jamais rarement souvent

15. Ressentez-vous des tensions liées au stress ? jamais rarement souvent

16. Prenez-vous soin de vous (épanouissement, bien-être) ? jamais rarement souvent

17. Qu'attendez-vous de votre séjour à la Maison de Vie ?

RENOUVELLEMENT DE SEJOUR

A remplir si vous avez déjà séjourné à la Maison de Vie

NOM

PRENOM

DATE(S) DU/DES PRECEDENT(S) SEJOUR(S)

Décrivez les bienfaits et apports du séjour déjà effectué :

Quels changements dans votre vie quotidienne avez-vous observés depuis votre séjour ?

ENGAGEMENT DU RESIDENT

Je, soussigné(e),en cas de validation de ma demande de séjour, m'engage notamment à :

- ne pas amener avec moi et ne pas consommer sur place tout produit illicite : cannabis, alcool...
- observer les règles du savoir-vivre en communauté : ne pas faire de bruit au-delà de 23h00, ne fumer que dans les espaces prévus à cet effet.
- ne pas fumer dans ma chambre. Par mesure de sécurité chaque chambre est équipée d'un détecteur de fumée.

Je suis titulaire d'une assurance responsabilité civile et je dégage la Maison de Vie de toute responsabilité concernant tout dommage que je pourrais occasionner.

Lu et approuvé.

FAIT ALE..... SIGNATURE

FORMULAIRE CONFIDENTIEL D'INFORMATIONS MEDICALES

Ce document accompagné de la copie de(s) ordonnance(s) des traitements en cours doit être glissé sous enveloppe fermée à l'attention de Monsieur le Médecin de la Commission d'Admission.

NOM	PRENOM	SEXE : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AGE
DONNEES MEDICALES – la Maison de Vie est un établissement non médicalisé			
Hôpital référent		Service référent	
Médecin suivi VIH		tél	
Médecin généraliste		tél	
Date du dernier test de charge virale		Résultat	
Date du dernier test des CD-4		Résultat	
TRAITEMENTS / SUIVIS			
Devez-vous suivre un régime alimentaire pour raison médicale ? Seuls les régimes prescrits par votre médecin pourront être pris en compte lors de votre séjour (voir page 4 certificat médical) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si oui précisez			
Avez-vous des allergies alimentaires ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui précisez			
Prenez-vous des antirétroviraux : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui lesquels			
Etes-vous suivi médicalement pour une maladie autre que l'infection au VIH ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si oui précisez			
Traitement(s) associé(s)			
Avez-vous fréquenté un établissement psychiatrique au cours des 5 dernières années ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Avez-vous un suivi psychiatrique ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui selon quelle fréquence			
→ Avez-vous un traitement ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui lequel ?			
Avez-vous un suivi psychologique ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui selon quelle fréquence			

AUTONOMIE

Etes-vous autonome dans votre vie quotidienne ? oui non

Vous déplacez-vous de façon permanente en fauteuil roulant ? oui non

Etes-vous autonome dans la préparation et la prise de vos traitements ? oui non

Autres besoins particuliers oui non Si oui précisez

CERTIFICAT MEDICAL précisant que vous pouvez séjourner dans un lieu non médicalisé (à faire compléter par votre médecin). Le cas échéant merci d'indiquer la nécessité d'un régime alimentaire

Je, soussigné(e) _____ atteste que l'état de santé de

est compatible avec un séjour dans un établissement non médicalisé et ne présente aucun trouble psychique majeur ou d'incompatibilité à la vie en groupe.

Fait à _____

Le _____

Cachet + signature du médecin

DECLARATION DU DEMANDEUR

Je déclare que les renseignements donnés sur ce formulaire sont vrais et complets. J'autorise la Maison de Vie à faire toutes les vérifications jugées nécessaires.

Une déclaration fautive ou erronée de ma part peut conduire, dès mon arrivée à la Maison de Vie, à un refus d'admission en raison de mon état de santé non compatible avec un établissement non médicalisé.

Date :

Signature :

REPLIR TOUTES LES RUBRIQUES ET JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DES ORDONNANCES DES TRAITEMENTS EN COURS