

Prise en charge financière des soins et de la dépendance :

Caisse de Sécurité Sociale :

Nom et N° d'assuré :

Caisses complémentaires maladie et/ou chirurgie et N° adhérent :

Une prise en charge par l'APA est-elle en place : oui non en cours

N° du dossier :

Dernier taux de dépendance reconnu par l'APA : GIR 1 2 3 4

Allocataire actuel de la C.A.F. pour son domicile : oui non N° allocataire :

Prise en charge financière de l'hébergement :

L'admission du résident peut se faire à titre payant oui non

Une prise en charge par l'Aide Sociale sera nécessaire oui non

Revenus des différentes caisses de retraite :

Caisses	Montant annuel

Commentaires :

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

J'autorise mon enregistrement sur la liste d'attente informatique partagée par le Conseil Général 64 (cela permet au département de recenser les demandes et besoins) :

oui non

Je note que je pourrai à tout moment demander un droit d'accès, de modification et de rectification des données me concernant (art. 34 de la loi "Informatique et Libertés").

Date :

Signature de l'intéressé :

Qualité et Coordonnées de la personne qui a aidé à faire la demande :

.....
.....

Signature :