



33, Rue Saint-Symphorien  
B.P. 2067  
51073 REIMS CEDEX  
**Téléphone** : 03 26 47 64 86  
**Fax** : 03 26 06 58 88  
**@** : cadredeante@associationlamitie.fr

<b>DOSSIER ADMINISTRATIF &amp; SOCIAL D'ADMISSION</b> (à renseigner par le service social du service demandeur)
--

**ETAT CIVIL**

**Nom** : .....

**Prénom** : .....

**Nom de jeune fille** : .....

**Né(e) le** : ..... **A** : .....

**Nationalité** : .....

**Adresse personnelle** :

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

**N° téléphone mobile** : .....

**SITUATION FAMILIALE** :

célibataire     concubinage     marié(e)     divorcé(e)     veuf(ve)

Nombre d'enfant(s) : .....

**PERSONNES à PREVENIR** :

**Nom** : ..... **Prénom** .....

**Lien de parenté** : .....

**Adresse**:

.....  
.....

**N° Téléphone fixe** : .....

**N° téléphone mobile** : .....

**Adresse mail** : .....

**MESURE DE PROTECTION :**

Tutelle  curatelle renforcée  curatelle simple  sauvegarde de justice

Date de fin de la mesure :.....

**Nom du représentant légal :**.....

**Prénom :**.....

**Adresse:**

.....  
.....

**Téléphone :**.....

**Adresse mail :** .....

**R E S S O U R C E S**

**Montant mensuel :**.....

.....  
**Origine :**.....

**A S S U R A N C E M A L A D I E**

**N° d'immatriculation :**.....

**Nom de l'assuré si différent du patient :** .....

**Organisme d'affiliation :**.....

**Droits jusqu'au :**.....

**100 % jusqu'au :**.....

**C O M P L E M E N T A I R E S A N T E S O L I D A I R E**

**Bénéficiaire :** oui  non

Avec participation financière  Sans participation financière

**Organisme Gestionnaire :**.....

**M U T U E L L E C O M P L E M E N T A I R E**

**NOM :**.....

**Adresse :**.....

.....  
.....

**N° Adhérent :**.....

## **DE MARCHES SOCIALES EN COURS**

Couverture sociale  .....Date : .....

Demande d'AAH  date : .....

Demande de notification MDPH  .....Date.....

Demande de RSA  date : .....

Demande de logement  date : ..... Organisme : .....

Autres.....

.....

.....

## **LISTE DES DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT pour prise en compte du dossier**

Attestation de droit de la CPAM (pas de photocopie de la carte vitale)

Carte mutuelle ou attestation CSS

Pièce d'identité (carte nationale d'identité, titre de séjour)

Justificatif de revenus

Notifications MDPH

Attestation de responsabilité civile

Jugement de la mesure de protection éventuelle

Numéro CAF : .....

NOM DU PROFESSIONNEL RENSEIGNANT LE DOCUMENT : .....

FONCTION : .....

TELEPHONE : .....

ADRESSE MAIL : .....

A..... le .....

SIGNATURE :

### ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je soussigné(e), ..... , m'engage à régler les frais de séjour liés à mon hospitalisation au Centre de post cure l'Amitié et laissés à ma charge.

A .....le.....

Signature :

### POUR LES PERSONNES SOUS MESURE DE PROTECTION

### ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je soussigné(e), ..... , en qualité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs, m'engage à régler les frais de séjour au Centre de post cure l'Amitié laissés à la charge de M..... pour la durée du mandat.

A .....le.....

Signature (avec cachet) :