RESO
ASSOCIATION RÉSILIENCE OCCITANIE
HANDICAP, DÉPENDANCE, SOIN

PR-ADM-FT-16

FICHE DE PREMIER CONTACT

Orientation du secteur

❒ Unités classiques
O unité A
O unité B
O unité C
O unité D

❒ Unités protégées
O unité 1
O unité 2

Date de la visite : ----------

Nom du résident : Mr / Mme ----------

Age : ----------

Personne à contacter : ----------, Lien parenté : ----------

Coordonnées téléphonique du demandeur : ----------

❒ Demande d'admission rapide
❒ Demande d'admission ultérieure

Visite de l'établissement effectuée :
❒ Oui
❒ Non

Diverses aides :

APA	O Transfert	O Demande à constituer
APL	O Transfert	O Demande à constituer
Préciser le nom de la caisse :	O CAF	O MSA
Aide Sociale	O Transfert	O Demande à constituer

Commentaires : ----------