



# la Maison de Vie

*pour le bien-être des personnes vivant avec le VIH*

## DEMANDE D'ADMISSION

LA MAISON DE VIE  
450 Chemin de la Peyrière - 84200 CARPENTRAS

[lamaisondevie@gmail.com](mailto:lamaisondevie@gmail.com)

## DOCUMENTS A JOINDRE POUR TOUTE DEMANDE D'ADMISSION

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

- Demande individuelle d'admission datée et signée (pages 1 & 2)
- Photocopie de votre carte d'identité ou titre de séjour (recto/verso)
- Photocopie de votre carte vitale
- 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
- Pour les renouvellements de séjour le document dédié (pages 5 & 6)

Sous enveloppe cachetée à l'attention de Monsieur le Médecin Référent de la Commission d'Admission de la Maison de Vie (pages 3 & 4)

- **Certificat médical attestant aucune contre-indication à un séjour dans un établissement non médicalisé**
- **Ordonnance récente avec la prescription des ARV**
- Formulaire médical (pages 3 & 4)

## 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 de leurs 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 l'AAH	5 €
AAH à 1000 €	8 €
1000 € à 1500 €	12 €
1500 € à 2000 €	20 €
> 2000 €	30 €

Gratuité pour les enfants < 5 ans / 2,50 € de 5 à 14 ans / 5 € à partir de 15 ans

**DEMANDE D'ADMISSION POUR UN SEJOUR A LA MAISON DE VIE  
ETABLISSEMENT NON MEDICALISE**

N° DOSSIER :

Jesoussigné(e) .....

Né(e)le..... à .....

Sexe  M  F Nationalité.....

☒ .....

.....

.

☎.....@.....

Sollicite un séjour à la Maison de Vie de Carpentras .

Période souhaitée : .....

Moyen de transport envisagé pour vous rendre à la Maison de Vie : .....

**DONNEZ LES RAISONS POUR LESQUELLES VOUS SOUHAITEZ SEJOURNER A LA MAISON DE VIE**

Avez-vous déjà bénéficié d'un séjour à la Maison de Vie ?  oui  non si oui remplir le formulaire joint

**DEMARCHE INDIVIDUELLE ?**  oui  non si non **MA DEMARCHE EST ETABIE PAR L'INTERMEDIAIRE DE**

Service hospitalier .....

Nom du Correspondant ..... ☎.....

Service Social.....

Nom du Correspondant ..... ☎.....

Association .....

Nom du Correspondant ..... ☎.....

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN**

Nom.....Prénom..... ☎.....

Je joins les documents nécessaires à l'examen de ma demande de séjour dont le formulaire confidentiel d'informations médicales sous pli cacheté à l'attention de Monsieur le Médecin de la Commission d'Admission.

FAIT A ..... LE ..... SIGNATURE .....



N° DOSSIER :

Nombre de personnes souhaitant participer au séjour à la Maison de Vie : adultes ..... enfants .....

### LOGEMENT / HEBERGEMENT DU DEMANDEUR

Logement personnel  oui  non Sans logement  oui

Hébergement en structure (préciser) .....

Nom Responsable de la structure ..... 

\*Fournir une attestation de reprise de la structure à l'issue du séjour à la Maison de Vie

### RESSOURCES MENSUELLES DU DEMANDEUR (indiquer les montants en €)

Salaires : .....

Prestations sociales (préciser leur nature) .....

Autres ressources (préciser) .....

Total ressources mensuelles .....

### ETAT CIVIL DE L'ADULTE ACCOMPAGNANT (si proche accompagnant)

Nom .....Prénom ..... Age ..... Sexe  M  F

Lien avec le demandeur  conjoint(e)  ami(e)  membre famille

### RESSOURCES MENSUELLES DE L'ACCOMPAGNANT (indiquer le montant en €)

.....

### ETAT CIVIL DU (DES) ENFANT (S) ACCOMPAGNANT

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Sexe M/F
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

**FORMULAIRE CONFIDENTIEL D'INFORMATIONS MEDICALES**  
**LA MAISON DE VIE EST UN ETABLISSEMENT NON MEDICALISE**

N° DOSSIER :

Nom :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Age :
-------	----------	--	-------

**DONNEES MEDICALES**

Hôpital référent ..... Service référent .....

Médecin référent.....  .....

Année de diagnostic de séropositivité .....

Date du dernier test de charge virale ..... Résultat .....

Date du dernier test des CD-4 ..... Résultat .....

Date du dernier rendez-vous médical .....

Autres pathologies (si oui, lesquelles) .....

Donnez brièvement le portrait actuel de votre état de santé physique, de votre vih et autres troubles associés .....

Donnez brièvement le portrait actuel de votre état de santé psychologique (exemples : dépression, perte de mémoire, désorientation, troubles neurologiques) .....

**TRAITEMENTS**

Prise d'antirétroviraux :  oui  non Si oui lesquels.....

Autres traitements (si oui précisez) .....

**PATHOLOGIES ASSOCIEES**

Hépatites :  oui  non Si oui laquelle ..... Inflammatoire :  oui  non

Diabète :  oui  non Régime alimentaire :  oui  non Si oui précisez : .....

Troubles Psychologiques :  oui  non Si oui précisez : .....

Faites-vous usage de substances psycho-actives (drogues) ?  oui  non Si oui précisez (alcool / cannabis / toxicomanie) .....



N° DOSSIER :

## AUTONOMIE

Aide à la vie quotidienne ou de la présence d'un tiers (habillement, repas, toilette, mobilité) ?  oui  non

Aide à la prise du traitement :  oui  non                      Problèmes de mobilité :  oui  non

Devez-vous vous déplacer de façon permanente en fauteuil roulant ?  oui  non

Autres besoins particuliers .....

Dans les douze (12) derniers mois, avez-vous reçu ou recevez-vous encore des services adaptés  oui  non

Si oui lesquels.....

Service ..... Organisme .....

Accompagnement .....

Psychologue .....

Désintoxication .....

Maintien et / ou soins à domicile .....

Séjours hospitaliers .....

## INFORMATIONS MEDICALES COMPLEMENTAIRES QUE VOUS AIMERIEZ TRANSMETTRE A LA COMMISSION

## DECLARATION DU RESIDENT

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

Il est bien entendu, cependant, que ces renseignements sont confidentiels et ne seront utilisés que pour les fins d'un séjour à la Maison de Vie.

Toute 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.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

**JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DE VOTRE ORDONNANCE+UN CERTIFICAT MEDICAL PRECISANT QUE VOUS POUVEZ SEJOURNER DANS UN LIEU NON MEDICALISE**

## RENOUVELLEMENT DE SEJOUR

N° DOSSIER :

Nom :

Prénom :

Date(s) du/des précédent(s) séjour(s) :

Décrivez les bienfaits et apports du/des séjour(s) que vous avez déjà effectu(e)s :

Y a-t-il eu des changements dans votre vie quotidienne depuis votre séjour ? Si oui lesquels :



## RENOUVELLEMENT DE SEJOUR

N° DOSSIER :

Présentez vos motivations et attentes pour un nouveau séjour dans notre structure :

Quels sont les points sur lesquels vous souhaitez mettre l'accent durant votre prochain séjour ?