

## SOLEMNES

### QUESTIONNAIRE SOCIO-ADMINISTRATIF

Nom / prénom

Nom de jeune fille

Date et lieu de naissance

Nationalité

#### **Etat civil**

Célibataire  marié  concubin  divorcé  veuf

nombre d'enfants

#### **adresse actuelle**

Propriétaire

Locataire

Rue  Ville

Code  Tél

Vient de son domicile  Domicile enfants  Institution  Hôpital

#### **ENTOURAGE : Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

Nom

Lien de parenté

Adresse

Tél bureau

Tél domicile

Portable


#### **OBSERVATIONS :**

## SOLEMNES

### SITUATION SOCIALE

N° sécurité sociale

Ville et N° du centre

Prise en charge à 100% : oui  non

Si le Patient n'est pas l'assuré :

Nom et prénom de l'assuré

L'assuré est-il en activité : : oui  non

Lien avec l'assuré : Conjoint  Enfant  Autre

N° d'immatriculation CAF

Allocation logement  APL

Bénéficiaire de l'APA : oui  non

Département attributaire

Aide Sociale : oui  Date de notification

Département

Protection juridique

Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle

Divers :

## SOLEMNES

### RESSOURCES :

Profession antérieure

Date du début de retraite

#### Liste des caisses complémentaires, pensions

Caisse	N° d'allocataire

#### **Impôt sur le revenu**

Année  Montant des revenus

Montant des revenus des capitaux mobiliers

Imposable : oui  non

Total de l'imposition - net à payer

*(Justificatifs à annexer)*

Financement de l'hébergement avec l'aide de la famille oui  non   
*(Justificatifs à annexer)*