

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HERBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D.312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

Nom :	Prénom :
--------------	-----------------

Date de la demande :

--	--	--

Origine de la demande :

- Domicile Famille d'accueil
 Centre Hospitalier Service de soins de suite Maison de retraite

Merci de préciser le nom de l'établissement sanitaire (et le service) ou médico-social :

Autres :

A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

° UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)

° UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

En cas de besoin, je vous invite à prendre contact avec Mme EVEILLECHIEN, en charge de la gestion administrative des dossiers d'admission (☎ 02 31 61 30 83). L'infirmière coordinatrice Mme KERROTRET (☎ 02 31 61 40 71) peut vous accueillir pour une visite de l'établissement. Nous vous remercions de bien vouloir effectuer toutes les photocopies nécessaires à la constitution de votre demande d'admission avant d'adresser ou de déposer votre dossier. En cas de réponse négative, nous nous engageons à vous ré-adresser l'intégralité de votre dossier afin que vous puissiez le présenter dans d'autres structures d'hébergement.

DOCUMENTS NECESSAIRES A L'ADMISSION

Documents fournis	Oui	Non
➤ Livret de famille dans sa totalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Attestation de la carte vitale et originale de la carte pour la lecture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Carte mutuelle à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Déclaration d'impôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Justificatif ou Attestation de toute ressource ou allocation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Avis d'imposition ou de non-imposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ 3 derniers relevés bancaires ou postaux de tous les comptes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Jugement de tutelle ou de curatelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Notification Aide Personnalisée d'Autonomie (APA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Adresse de chaque enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Taxes foncières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Compte rendu médical détaillé avec pathologie et traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ RIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Responsabilité civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tout dossier incomplet ne sera pas étudié.

Un courrier recommandé sera adressé aux membres de la famille dès l'admission du résident.

Le chèque de caution doit être déposé le jour de l'admission.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint ...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si OUI :

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité OUI NON

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire _____

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile Chez enfant/Proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD / SAD¹ Accueil de jour

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom
de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter⁽²⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI NON Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT DANS LES 6 MOIS ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : ___ / ___ / _____

Date de la demande : ___ / ___ / _____

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

* Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

Renseignements personnels

Nous permettant de mieux vous connaître

Ancienne profession	
---------------------	--

Lieu de vie actuel :

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> maison individuelle | <input type="checkbox"/> ville |
| <input type="checkbox"/> Appartement | <input type="checkbox"/> campagne |
| <input type="checkbox"/> Famille d'accueil | |
| <input type="checkbox"/> Établissement médico-social | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

Comment viviez-vous à domicile ?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> seul(e) |
| <input type="checkbox"/> avec votre conjoint(e) |
| <input type="checkbox"/> en présence de vos enfants |
| <input type="checkbox"/> avec des aides |

Nature des aides et nombre d'heures par mois :

Loisirs	
---------	--

Choix motivant votre orientation en maison de retraite :

Qui est à l'origine de la demande d'admission en maison de retraite ?

Projet de vie en Maison de retraite

Qu'attendez-vous de la Maison de retraite ?

Comment envisagez-vous, vous et vos enfants, votre vie en Maison de retraite. Quelles sont vos attentes, vos envies, vos craintes ?

Renseignements complémentaire

Sécurité sociale et mutuelle

N° de sécurité sociale

--	--	--	--	--	--	--

Organisme d'affiliation :

Adresse :

Numéro de mutuelle :

Nom de la mutuelle :

Adresse de la mutuelle :

Existe-t-il une procuration ?

oui

non

Nom de la personne possédant la procuration :

Une mesure de protection est-elle en cours : oui non

Si oui : sauvegarde de justice curatelle tutelle

Organisme :



:

Médecin traitant

Nom du médecin traitant :	 :
Adresse :	

Personne référente au niveau administratif

Nom, Prénom :	
Adresse :	

Coordonnées du conjoint et des enfants

(Éventuellement des petits-enfants)

Nom : _____ Prénom : _____
Lien de parenté : conjoint enfant petit enfant autre : _____
Profession : _____
Adresse : _____
☎ : _____
☎ prof.: _____
✉ :@.....

Nom : _____ Prénom : _____
Lien de parenté : conjoint enfant petit enfant autre : _____
Profession : _____
Adresse : _____
☎ : _____
☎ prof.: _____
✉ :@.....

Nom : _____ Prénom : _____
Lien de parenté : conjoint enfant petit enfant autre : _____
Profession : _____
Adresse : _____
☎ : _____
☎ prof.: _____
✉ :@.....

Nom : _____ Prénom : _____
Lien de parenté : conjoint enfant petit enfant autre : _____
Profession : _____
Adresse : _____
☎ : _____
☎ prof.: _____
✉ :@.....

Nom : _____ Prénom : _____
Lien de parenté : conjoint enfant petit enfant autre : _____
Profession : _____
Adresse : _____
☎ : _____
☎ prof.: _____
✉ :@.....

Ressources

Caisse de retraite (nom et adresse)	MONTANT		
	Mensuel	Trimestriel	Annuel
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
<u>TOTAL</u>			

Aides au financement

L'allocation logement

Bénéficiez-vous de l'allocation logement ? oui non

A quoi sert l'allocation logement ?

Elle peut vous aider à assumer en partie les frais d'hébergement.

Qui peut en bénéficier ?

L'allocation est accordée à toute personne dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond et dont le logement répond à certaines conditions.

Elle est attribuée en fonction :

- *des ressources de l'allocataire*
- *des charges demandées par l'hébergement*
- *du type d'établissement et de son lieu d'implantation*

Pour toute demande ou complément d'information, s'adresser au bureau des entrées

L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)

Bénéficiez-vous de l'allocation personnalisée à l'autonomie ? oui non

GIR correspondant 1/2 3/4 5/6

Une demande d'APA est-elle en cours ? oui non

A quoi sert l'allocation personnalisée à l'autonomie ?

Depuis le 1^{er} janvier 2002, l'APA permet aux personnes âgées en perte d'autonomie de recourir à toutes les aides nécessaires pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

A domicile, elle vous était destinée à rémunérer les services ou personnes intervenants auprès de vous et à financer les dépenses qui vous permettaient d'être plus autonome.

En établissement, l'APA est destinée à financer les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance. Elle sera versée à titre forfaitaire, contrairement à la prise en charge à domicile. Le montant de l'APA vise à couvrir partiellement le tarif dépendance de l'établissement.

Qui peut en bénéficier ?

L'allocation est accordée à toute personne dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond.

Elle est attribuée en fonction :

- *des ressources de l'allocataire*
- *du degré d'autonomie de la personne*
- *du type d'établissement et de son lieu d'implantation*

Demande d'aide sociale

Qu'est-ce que l'aide sociale ?

L'aide sociale peut vous aider à prendre en charge les frais d'hébergement lorsque les ressources ne sont pas suffisantes.

Principes de l'aide sociale :

- ✓ *90% des ressources de la personne âgée (les 10% restant sont laissés pour usage personnel) et 100% de l'allocation logement sont affectées au paiement de la maison de retraite. Pour les personnes de moins de 60 ans ou du conjoint resté à domicile, ce pourcentage peut être inférieur.
Si les ressources de la personne sont insuffisantes pour couvrir les frais d'hébergement, les enfants seront sollicités par leur mairie pour remplir un dossier d'obligé alimentaire. En fonction de leurs ressources, la Commission Départementale d'Aide Sociale fixera ou non une participation financière au titre de l'obligation alimentaire. La différence restant due pour couvrir les frais d'hébergement est prise en charge au titre de l'aide sociale.*
- ✓ *Lors de l'étude du dossier, la personne devra reverser 90% de ses ressources au Trésor Public.*
- ✓ *L'aide sociale doit être considérée comme une avance récupérable sur la succession au décès de la personne âgée ou de son conjoint.
Dans le cas où la personne demandeuse serait propriétaire, le Département*

Qu'est-ce que l'obligation alimentaire ?

"Les enfants ont un devoir d'obligation alimentaire envers leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin". Cette disposition de l'article 205 du code civil, est prévue à l'origine pour garantir l'entraide entre générations.

Pour obtenir le paiement de leurs factures, un hôpital ou une maison de retraite peut en effet demander l'intervention de la justice et forcer le recours aux enfants de la personne âgée, c'est l'[obligation alimentaire](#).

Ainsi, un fils pourra être mis en demeure de payer le séjour de son père en maison de retraite, mais également un gendre, celui de sa belle-mère. En dernier lieu, les petits enfants peuvent également être mis à contribution.

Revenus

Revenus	Mensuels	Trimestriels	Annuels
Rente accident du travail			
Rente viagère			
Pension militaire			
Veuve de guerre			
Pension alimentaire			
Immobiliers loyers			
Immobiliers fermages			
Minimum vieillesse			

Bien immobiliers

Etes-vous propriétaire ?

oui

non

Si oui :

Adresse des biens

Nom du notaire	 :
Adresse :	

Biens mobiliers

Livrets, comptes bancaires ou postaux (livret A, Codevi, PEP...) et capitaux placés (actions et obligations)

Nom et numéro	Montant

Donation

Avez-vous fait une donation ?

oui

non

Si oui, à quelle date : / /

Paiement des frais de séjour

Les ressources sont-elles suffisantes pour régler les frais de séjour ?

- oui non (voir pour demande d'aide sociale)

Je soussigné(e) M.

Mme.....

m'engage par la présente à régler les frais d'hébergement de l'EHPAD de :

M. Mme.....

Je déclare avoir pris connaissance des tarifs hébergement et dépendance de l'année en cours.

Date : / /

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »):



CH Robert Bisson LISIEUX

Engagement de versement des 90% des ressources mensuelles

Je soussigné(e) M. Mme.....

Déclare m'engager à verser 90% des revenus mensuels de

M. Mme.....

A compter de sa date d'entrée le....., pour son placement en Etablissement
d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Et ce, dans l'attente de la décision de la commission d'aide sociale.

Fait à :

Date : / /

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »):

Identité de la personne ayant signé l'engagement :.....

***Justificatifs à l'appui (relevés de banque).
Remettre copie à la personne ayant signé cet engagement.***

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement Fin/Retour d'hospitalisation Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

--

SOINS PALLIATIFS ALLERGIES Si oui, préciser

--

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS OUI NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

--

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

REEDUCATION

Cécité

Kinésithérapie

Surdité

Orthophonie

Autre (préciser)

--

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date

Signature

cachet du
médecin