



N° 14732*01

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

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

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

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

INFORMATIONS IMPORTANTES 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 EXERCANT 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.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

DOSSIER ADMINISTRATIF ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le 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 (évènement familial récent, décès du conjoint...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance / /

Lieu de naissance Pays ou département

ADRESSE

N°Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

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

Si OUI :

NOM de naissance

Prénom(s)

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

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 (précisez)

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 naissance

(suivi, s'il y a lieu par le 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 contacter²

Nom de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le 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 : Immédiat Dans les 6 mois Echéance 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.*

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

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

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 OUI NON ALLERGIES OUI NON Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

NE SAIT PAS	OUI	NON
-------------------	-----	-----

OUI	NON
-----	-----

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI NON
Cécité
Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI NON

REEDUCATION

OUI NON
Kinésithérapie
Orthophonie
Autre (préciser)

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

DOSSIER 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				

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

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

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
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

--

PIECES OU OBJETS A FOURNIR : LE JOUR DE L'ADMISSION

1°) Copie du Livret de Famille + Copie de la Carte d'Identité

2°) Attestation Responsabilité Civile

3°) Attestation de Sécurité Sociale + Carte Vitale + Carte de Mutuelle

Pour information: Si vous n'avez pas de Mutuelle, Mutuelle Intégrance propose des conditions avantageuses pour les Personnes Agées hébergées dans un établissement public de l'Yonne

+ VOIR transfert Caisse si changement département : OUI
(si OUI fournir : RIB + Attribution de Pension ou Justificatifs Retraite) NON

4°) Certificat Médicale et Mise à jour TETANOS

Prescription du Traitement en cours

+ PREVOIR LE TRAITEMENT pour 48 Heures

5°) Demande Allocation Logement : OUI - NON

Si oui : - Avez vous déjà un numéro d'inscription à la CAF ?

- un Certificat de radiation si vous venez d'un autre département

- un R.I.B. ou R.I.P.

- Les Justificatifs de retraite (dernière année)

- Non Imposition (dernière année)

Si non : - Apporter le justificatif retraite principale

6°) Copie du contrat obsèques (si vous en possédez un)

7°) Demande d'Aide Sociale : OUI - NON

Si oui : - Photocopie du ou des Titre(s) de Pension(s)

8°) Un Thermomètre : Gallium ou électronique

9°) Forfait hygiène 12 € par mois

10°) **Le Linge personnel sera marqué par l'établissement pour une somme de 31 €**

11°) Remettre le dossier demande d'Admission complété et signé

12°) Chambre souhaitée : 1 LIT 2 LITS

13°) Ligne téléphonique : OUI - NON

Poste de téléphone fourni par l'établissement

Coût : Branchement : 35,00 € - Abonnement : 10,00 €/mois

+ Les communications à la charge du résident

14°) Demande de prélèvement automatique

15°) Chèque de caution

TROUSSE DE TOILETTE

A fournir lors de l'admission

Liste des accessoires à fournir :

- ☞ Brosse à cheveux
- ☞ Peigne
- ☞ Boîte à dentier

Les produits hygiène sont fournis par l'Etablissement moyennant un forfait mensuel de 12 € à savoir :

- ☞ Gel douche
- ☞ Shampoing
- ☞ Mousse à raser
- ☞ Rasoirs jetables
- ☞ Dentifrice
- ☞ Brosse à dents
- ☞ Produits pour appareil dentaire
- ☞ Eau de Cologne
- ☞ Crème dermoprotectrice
- ☞ Cotons tiges
- ☞ Cotons

TROUSSEAU HOMME

Désignation	Quantité
Slips	10
Tee-shirts	5
Chaussettes	10 paires
Pantalons ou jogging	10
Gilets ou pulls	5
Chemises (<i>ouverte de haut en bas</i>) <i>Manches courtes</i> <i>Manches longues</i>	7
Maillots de corps	10
Chaussures	Eté et hiver
Chaussons	3 paires
Mouchoirs	10
Pyjamas	8
Robe de chambre	2
Manteau	1

Les effets personnels sont marqués par l'Etablissement pour la somme de 31 €

Le linge plat (draps de bain, serviettes de toilettes, gants de toilette et serviettes de table) est mis à disposition et entretenu par l'établissement.

TROUSSEAU FEMME

Désignation	Quantité
Culottes	10
Chaussettes	10 paires
Soutien-gorge	3
Collants	Selon les habitudes
Combinaisons	6
Robes, jupes, ou caleçons	7
Gilets ou pulls	5
Chemisiers	5
Maillots de corps	10
Chaussures	Eté et hiver
Chaussons	3 paires
Mouchoirs	10
Chemises de nuit	8
Robe de chambre	2
Manteau	1

Les effets personnels sont marqués par l'Etablissement pour la somme de 31 €

Le linge plat (draps de bain, serviettes de toilettes, gants de toilette et serviettes de table) est mis à disposition et entretenu par l'établissement.

TARIFS 2013

A COMPTER DU 1ER JANVIER 2013

INTITULE	HEBERGEMENT PERMANENT ET TEMPORAIRE		
	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	A PAYER
GRUPE ISO-RESSOURCES 5 et 6 (BONNE AUTONOMIE)			
Chambre 2 lits ou 1 lit (inférieure à 25 m ²)	57,89	5,37	63,26
Résidence Olivier	60,89	5,37	66,26
Chambre 1 lit (supérieure à 25m ²)	62,89	5,37	68,26
GRUPE ISO-RESSOURCES 3 et 4 (MOYENNE AUTONOMIE)			
Chambre 2 lits ou 1 lit (inférieure à 25 m ²)	57,89	12,65	70,54
Résidence Olivier	60,89	12,65	73,54
Chambre 1 lit (supérieure à 25m ²)	62,89	12,65	75,54
GRUPE ISO-RESSOURCES 1 et 2 (FAIBLE AUTONOMIE)			
Chambre 2 lits et 1 lit (inférieure à 25 m ²)	57,89	19,93	77,82
Résidence Olivier	60,89	19,93	80,82
Chambre 1 lit (supérieure à 25m ²)	62,89	19,93	82,82

Résidents de moins de 60 ans

: 73,73 €

Le Directeur

Jean-Pierre SANCHIS

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR	DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
<i>Nom, prenom et adresse :</i>	<i>Nom et adresse de votre banque :</i>

COMPTE A DEBITER			
Codes RIB			
Etabl.	Guichet	N° du compte	Clé

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
TRESORERIE DE SAINT-FARGEAU Rue du Moulin de l'Arche BP 35 89170 SAINT-FARGEAU

Date et signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/04/1980 de la Commission Informatique et Liberté.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous.

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur du compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL EMETTEUR
582 827

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
<i>Nom, prenom et adresse :</i>	TRESORERIE DE SAINT-FARGEAU Rue du Moulin de l'Arche BP 35 89170 SAINT-FARGEAU

COMPTE A DEBITER			
Codes RIB			
Etabl.	Guichet	N° du compte	Clé

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
<i>Nom et adresse de votre banque :</i>

Date et signature :

Prrière de renvoyer les deux parties de cet imprimé à :
Monsieur le Directeur
EHPAD
Château de Bourron
89220 CHAMPCEVRAIS
sans les séparer en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.), Postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Epargne (R.I.C.E.)