



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



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

N°14732*01

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HERBERGEMENT
POUR PERSONNE 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 CONVERNEE OU TOUTES 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 VUSU 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 SOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTE :

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

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

NB : POUR TOUTRENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L4ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOIE), 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 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

CONEXTE 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

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

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

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

Autre personne à contacter

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 financier 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 HERBERGEMENT : ___ / ___ / ___

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 versé 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.