



N° 14732'01

Ministère des affaires sociales et de la santé

**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 (3 pages) RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC .)
- ° UN VOLET MEDICAL (2 pages), 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 .

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 D'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 A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (3 pages)

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

CAISSE de S.S.
Mutuelle

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 (Par exemple, événement familial récent, décès du conjoint ...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL ¹

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 _____

¹ En cas de mesure de protection juridique

PERSONNE DE CONFIANCE ¹

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 / SAD ² 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

¹ Personne désignée conformément à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

² 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 d'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.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (2 pages)**

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 <input type="checkbox"/>	PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool				
Tabac				
Sevrage				
	Si oui, préciser (localisation, etc.)			
	Préciser la date du dernier prélèvement			

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES <input type="checkbox"/>	RISQUE DE FAUSSE ROUTE <input type="checkbox"/>	REEDUCATION <input type="checkbox"/>
Cécité <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinésithérapie <input type="checkbox"/>
Surdité <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthophonie <input type="checkbox"/>
		Autre (préciser) <input type="text"/>

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		1	2	3
		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

- 1 A : fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement
- 2 B : fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement
- 3 C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement

RESIDENTS A LEURS FRAIS :

Un dépôt de garantie correspondant à 30 jours du prix de journée hébergement, doit être versé à l'entrée du résident (ne concerne pas l'hébergement temporaire ni l'accueil de jour).

Engagement à Payer

Je soussigné.....
Déclare m'engager à régler dans leur intégralité les frais de séjour dûs pour le placement de
M.....
Et à me conformer au règlement de l'Etablissement.

Date & Signature :

(1) Du référent,

Du Résident,

(Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

(1) Cet engagement est à remplir par la personne responsable du placement, la note globale des Frais d'hébergement lui sera envoyée, à charge pour elle de faire ensuite la répartition éventuelle.

Résidents extérieurs aux COTES D'ARMOR :

a) Personnes de – 60 Ans : Accord préalable, écrit, de la M.D.P.H., et, éventuellement de la DDASS de leur Département.

b) EHPAD : Accord préalable de la DDASS pour les Résidents à l'Aide Sociale.

1. Il est souhaitable que les familles et si possible le futur Résident viennent visiter l'Etablissement

2. Une visite de pré-admission réalisée par l'équipe de coordination (Infirmière et/ou Médecin Coordonnateurs) vous sera proposée après l'étude du dossier.

Cette visite a lieu au sein de l'établissement sauf pour les patients ne pouvant se déplacer.

Catégories : - Résidents à leurs frais
- Résidents à l'Aide Sociale (en cas de ressources insuffisantes)

Les frais de Séjour **Hébergement** ne sont pas pris en charge par les **Caisse de Sécurité Sociale**, sauf par la Caisse de Prévoyance **SNCF**, à concurrence de 6 mois. Cette demande doit être faite avant l'entrée dans l'Etablissement.

3. Admission souhaitée dans un délai de :

A CONSERVER PAR LE DEMANDEUR

Pièces à déposer avec la demande d'admission (pour passage en commission) :

- Livret de famille ou acte de naissance
- Attestation de droit de la caisse de sécurité sociale
- Carte Mutuelle à jour
- Dernier avis d'imposition (*)
- Justificatif des ressources : année précédente (*)
- 2 photos d'identité (ou autre photo) (*)
- Eventuellement, copie du jugement de tutelle ou de curatelle

Pièces à fournir à l'entrée :

- Carte Vitale
- Eventuellement carte d'invalidité (*)
- Copie de la Carte d'identité (*)
- La dernière ordonnance et les médicaments
- Copie du protocole de prise en charge ALD
- Le dossier médical doit être transmis par le médecin traitant, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin coordonnateur.

(*) : uniquement pour les demandes en hébergement permanent ou temporaire en EHPAD et FOA , pas nécessaire pour l'accueil de jour.

Trousseau :pour EHPAD et FOA

- › Effets personnels de jour et de nuit, 1 robe de chambre, 1 paire de chausson,
- › Nécessaire de toilette (sauf : literie, serviette de table, de toilette, gants de toilette, fournis par la maison).
- › Le linge est marqué par la blanchisserie de l'Etablissement, nous conseillons des vêtements non fragiles. Des précisions seront apportées à l'entrée.
- › Trousse de toilette (savon doux liquide , eau de Cologne, rasoir pour les hommes)

Bagage à main à amener à chaque venue à l' Accueil de jour :

- › Une tenue de rechange
- › Chapeau , lunettes de soleil , crème solaire si besoin
- › Change anatomique si usage habituel
- › Les médicaments correspondant à la prescription, non déconditionnés
- › Une ordonnance si changement de traitement
- › Le carnet de liaison

Si vous ne maintenez pas la demande, veuillez nous en aviser.



TARIF JOURNALIER 2019 - EHPAD

GIR	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	Départ. Ext	D�duc APA	Côtes d'Armor
GIR 1 et 2	56,60 �	20,02 �	76,62 �	14,63 �	61,99 �
GIR 3 et 4	56,60 �	12,71 �	69,31 �	7,32 �	61,99 �
GIR 5 et 6 "Talon"	56,60 �	5,39 �	61,99 �		61,99 �

Personnes de moins de 60 ans

72,24  

TARIF JOURNALIER 2019 - EHPAD - PHV

GIR	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	Départ. Ext	D�duc APA	Côtes d'Armor
GIR 1 et 2	69,01 �	20,02 �	89,03 �	14,63 �	74,40 �
GIR 3 et 4	69,01 �	12,71 �	81,72 �	7,32 �	74,40 �
GIR 5 et 6 "Talon"	69,01 �	5,39 �	74,40 �		74,40 �

Personnes Handicap ees Vieillissantes de moins de 60 ans

84,11  