



EHPAD

RÉSIDENCE LES AULNES

**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.

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 ☐ Qualité :

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

PERSONNE DE CONFIANCE

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

Si OUI :

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

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent ☐
Accueil couple souhaité OUI ☐ NON ☐

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

**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 de la demande : / /

Signature de la personne concernée ou
de son représentant légal

Mutuelle : N°

Nombres d'enfants :

Vivants :

Décédés :

Etes-vous titulaire de la carte d'Anciens Combattants :

Oui

Non

Noms et Prénoms du Conjoint :

Date de Naissance du Conjoint :

Lieu :

Date du Mariage :

Lieu :

Date de Décès du Conjoint :

lieu

Avez-vous un contrat Obsèques :

(Dans l'affirmative nous fournir un exemplaire)

Nom et numéros de téléphone de l'entreprise des Pompes Funèbres :

BIEN IMMOBILIERS :

Etes-vous propriétaire ?

Oui

Non

- De votre habitation principale ?

Oui

Non

- D'autres immeubles et de terrains ?

Oui

Non

Etes-vous locataire ?

- Percevez-vous l'Allocation Logement ?

Dans l'affirmative N° :

RESSOURCES DE L'INTERESSE(E) : (joindre tous les justificatifs)

Noms des Organismes

Périodicité

Numéros

Adresses

Êtes-vous titulaire d'un livret de caisse d'épargne ? :

Oui

Non

Avez-vous un compte bancaire ou postal ?

Oui

Non

Renseignements certifiés exacts

LE.....

- Barrer oui ou non

Lien de Parenté

Signature

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

INTERVENANTS EXTERIEURS CHOISIS PAR LE RESIDENT

(Ou son représentant légal)

Médecin traitant ayant signé la charte :

Kinésithérapeute ayant signé la charte :

Ambulances :

Lieu d'Hospitalisation de Préférence :

Spécialistes :

Cardiologue :

Dentiste :

Neurologue :

Phlébologue :

Rhumatologue :

Gastro-Entérologue :

Ophtalmologue :

Pneumologue :

Radiologue :

Le :

Lien de Parenté

Signature

