

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RISQUE DE FAUSSE ROUTE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	REEDUCATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cécité <input type="checkbox"/>		Kinésithérapie <input type="checkbox"/>
Surdité <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				

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		

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		
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

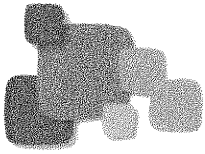
Code postal Commune/Ville

Date

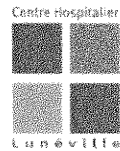
Signature

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



GHEMM
GROUPE HOSPITALIER
de l'Est de la Meurthe-et-Moselle



COMPOSITION DU DOSSIER D'ADMISSION

L'admission ne pourra être prononcée qu'après accord du médecin et du directeur dès lors que l'ensemble des documents demandés seront fournis.

Le dossier d'admission auquel seront joints :

- une copie du livret de famille (avec enfants),
- les noms et adresses des enfants et petits-enfants,
- une photocopie du jugement de la mesure de protection judiciaire, s'il y a lieu,
- une carte d'immatriculation à la sécurité sociale ou une attestation,
- une carte d'adhésion à une mutuelle si adhérent,
- une copie du dernier avis d'imposition sur le revenu,
- une copie des justificatifs des ressources (attestation de chaque caisse de retraite, fermage, etc...),
- l'engagement de payer,
- le consentement du patient,
- un récapitulatif des avoirs bancaires et les 3 derniers relevés de compte.

Le dossier médical confidentiel complété par le médecin traitant ou le médecin hospitalier auquel seront joints :

- le certificat médical d'ALD (si ALD)
- une ordonnance récente et lettre médicale du médecin traitant.

Je soussigné(e), _____, reconnait avoir pris connaissance des pièces à fournir et des conditions financières à l'admission en EHPAD ou USLD.

Le

Signature

ANNEXE 5 - TARIFS

E. H. P. A. D. et SOINS DE LONGUE DUREE

TARIFS JOURNALIERS DES PRESTATIONS

Mis à jour le 1er Mai 2016

E.H.P.A.D. STANISLAS & ST-CHARLES

Chambre à un lit

➤ hébergement	48,89
➤ dépendance GIR (5-6)	6,42
soit :	55,31

Chambre à deux lits

➤ hébergement	46,54
➤ dépendance GIR (5-6)	6,42
soit :	52,96

UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE

Chambre à un lit

➤ hébergement	50,46
➤ dépendance GIR (5-6)	7,75
soit :	58,21

Chambre à deux lits

➤ hébergement	48,70
➤ dépendance GIR (5-6)	7,75
soit :	56,45

REPAS ACCOMPAGNANT : 10,10 € AU 01/01/2016

MARQUAGE TROUSSEAU LINGE :

forfait : 50 €

tarifs de marquage à la pièce : 1,00 €

ENGAGEMENT DE PAYER

Article L.6145-11 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e)

Nom Prénom

Adresse

.....

m'engage à régler les frais de séjour de :

Moi-même

(1) M. Mme Mlle Prénom

Lien de parenté

A compter de mon (1) / son entrée à l'EHPAD du Centre hospitalier de Lunéville le/...../..... ainsi que des autres frais éventuels à ma (1) / sa charge (frais divers : pédicure, coiffeur ...) et tarifs des prestations annexes.

Je reconnais avoir été informé(e)

• Des tarifs journaliers applicables à la date du 01/05/2016 :	1 lit	2 lits
Tarif journalier d'hébergement	48,89 €	46,54 €
Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2 € €
Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4 € €
Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6	6,42 €	6,42 €

• Des dispositions de l'article L 6145-11 du Code de la santé publique selon lesquelles « les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».

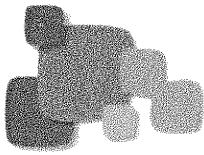
• Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par le CH de Lunéville devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal de Grande Instance de NANCY.

Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs.

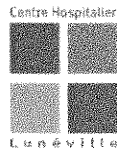
« Lu et approuvé », le

Signature

(1) Si le soussigné n'est pas le malade ou le résident



GHEMM
GROUPE HOSPITALIER
de l'Est de la Meurthe-et-Moselle



CONSENTEMENT ECRIT DU RESIDENT

Je soussigné(e), M _____

Consens à mon admission à : _____ (1)

(1) Préciser le nom et le lieu de la structure

Fait à : _____

Le : _____

Signature :

**CONSENTEMENT ECRIT DE LA FAMILLE
OU DU REPRESENTANT LEGAL DU RESIDENT**

Je soussigné(e), M _____

Consens à l'admission de M _____

Né(e) le : _____

A : _____ (1)

(1) Préciser le nom et le lieu de la structure

Fait à : _____

Le : _____

Signature :

**CERTIFICAT POUR UNE PERSONNE INCAPABLE DE CONSENTIR ELLE-MEME
A SON ADMISION EN MAISON DE RETRAITE OU UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE**

Je soussigné(e), Docteur en Médecine _____

Certifie que M _____

Présente une altération des fonctions mentales et/ou corporelles l'empêchant de consentir à la demande d'admission en EHPAD ou Unité de Soins de Longue Durée ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile

Date : _____

Signature et cachet du médecin :