



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ÉTABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES
ARTICLE D.312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

EHPAD LA ROSERAIE

3, Place de la Mairie

46240 MONTFAUCON

Contact : Mlle GAILLARD, Directrice

Mme MAZEL Véronique, Infirmière

contact@ch-la-roseraie.fr

Tél. 05 65 24 10 20

Fax. 05 65 24 10 32

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements auprès desquels la personne souhaite entrer.

Ce dossier comprend :

Un volet administratif renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (travailleur social, etc...)

Un volet médical, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin, **à mettre sous pli confidentiel**, qui permet notamment au médecin coordonnateur exerçant dans l'établissement d'émettre un avis circonstancié sur la capacité de l'EHPAD, à prendre en charge la personne au vu du niveau de médicalisation de l'établissement.

Ce dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes :

Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
Les justificatifs des pensions

Au moment de l'entrée en établissement, un certain nombre de pièces justificatives complémentaires sera demandé.

NB : pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie), il convient de contacter le Conseil Général de votre département.

Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le Conseil Général de ce département.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (3 PAGES)

ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de naissance
(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénoms

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° D'immatriculation

ADRESSE

N° voie, rue boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe

Téléphone port.

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 (événement familial récent, décès du conjoint...)

ÉTAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

Nom de naissance
(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénoms

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

ADRESSE

N° voie, rue boulevard

Code

postal

Commune/ville

Téléphone fixe

Téléphone port.

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 du nom d'usage)

Prénoms

ADRESSE

N° voie, rue boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe

Téléphone port.

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 hébergement temporaire _____

Situation de la personne concernée au moment 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 naissance

(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénoms

ADRESSE

N° voie, rue boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe

Téléphone port.

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

* Vous pouvez désigner **une personne de confiance** qui peut être un parent, un proche, un médecin traitant.

Cette personne sera consultée dans l'hypothèse où vous seriez dans l'incapacité de faire connaître votre avis. Elle pourra recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation n'est pas une obligation, elle est révoquée à tout moment. Elle doit se faire par écrit. Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie.

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

Autre personne à contacter

Nom de naissance
(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénoms

ADRESSE

N° voie, rue boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe

Téléphone port.

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 ¹ Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers ¹

Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours envisagée OUI NON

Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours envisagée OUI NON

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI NON Demande en cours envisagée OUI NON

Prestation de compensation du handicap/allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON

1 – Annexe « ENGAGEMENT A PAYER » à compléter et signer obligatoirement.

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT

DANS LES 6 MOIS

ÉCHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE :/...../.....

EN CAS DE RESERVATION, ANNEXE « ATTESTATION DE RESERVATION » A COMPLETER ET SIGNER OBLIGATOIREMENT.

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.

ENGAGEMENT A PAYER

(Document à remplir obligatoirement pour la validation de votre demande d'admission)

Je soussigne (e)

NOM : Prénom :

Désire être admis à l'EHPAD de La Roseraie à titre payant.

En conséquence et compte tenu de mes ressources et de mes charges, je m'engage à m'acquitter mensuellement des frais d'hébergement et de dépendance, dès mon entrée dans l'établissement, sur factures émises par le Directeur.

Le montant de l'engagement à payer sera indexé annuellement sur l'évolution du prix de journée.

A défaut, les tiers payeurs ci-après se substitueront à moi :

Sans réserve, après avoir été dûment informés des conditions de la participation demandée au règlement des frais d'hébergement et de dépendance, qui ne sont pas susceptibles d'être pris en charge, soit par les services de l'aide sociale, soit par l'allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.), soit par un organisme quelconque de Sécurité Sociale, soit par le Ministère chargé des Anciens Combattants et Victimes de Guerre ou par tout autre organisme public ou privé.

TIERS PAYEUR 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél :

TIERS PAYEUR 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél :

TIERS PAYEUR 3

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél :

TIERS PAYEUR 4

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél :

Signature du résident Signature Tiers Payeur 1 Signature Tiers Payeur 2 Signature Tiers Payeur 3 Signature Tiers Payeur 4

Le Le Le Le Le

A A A A A

MODALITES DE REPARTITION ENTRE PAYEUR ET TIERS PAYEURS

(à compléter et à joindre à l'engagement à payer)

	Nom Prénom	Montant Participation	Signature
Payeur			

	Nom Prénom	Pourcentage Participation	Signature
Tiers Payeur 1			
Tiers Payeur 2			
Tiers Payeur 3			
Tiers Payeur 4			

Fait à

Le

AIDE AU CALCUL DU MONTANT DE LA PARTICIPATION DU RESIDENT

(A conserver par vos soins)

Recettes	Montant Annuel	Montant Mensuel
Retraites		
Pensions		
APL		
Autres		
Total Recettes		
Dépenses		
Impôts		
Argent Poche		
Total Dépenses		

Participation Mensuelle	€
--------------------------------	----------



Si réservation

ATTESTATION DE RESERVATION

Je soussigné, M. ou Mme
atteste m'engager à régler le prix de réservation hébergement au titre de l'année concernée,
pour la période du au
précédant ma date d'entrée à l'EHPAD de La Roseraie 46240 MONTFAUCON.

Le tarif réservation est indiqué sur la fiche des tarifs annexée au dossier de demande
d'admission.

Aucune dérogation ne sera faite à cet engagement, même en cas de force majeure.

Fait à le

Lu et approuvé
Le résident

Le représentant
de l'établissement

TARIFS au 1^{er} Mai 2018

	<u>Hébergement</u>	<u>Dépendance</u>	<u>Total</u>	Participation Conseil Général APA
Tarif journalier " Hébergement "			62.32 €	
Tarif Journalier " Dépendance " GIR 5 et 6	62.32 €	4.85 €	67.17 €	-
Tarif Journalier " Dépendance " GIR 3 et 4	62.32 €	11.43 €	73.75 €	6.58 €
Tarif Journalier " Dépendance " GIR 1 et 2	62.32 €	18.12 €	80.44 €	13.27 €
Tarif Hébergement moins de 60 ans	78.50 €	-	78.50 €	

Tarif Journalier "Réservation Chambre"	42.32 €
Prestation Entretien Linge (incluse dans tarif ci-dessus)	30.00 € par mois
Repas Visiteur	12,00 €
Acompte sur communications téléphoniques	10,00 €
Unité téléphonique	0,18 €

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de naissance
(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénoms

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, PRENOM, ADRESSE, TELEPHONE) :

ANTECEDENTS MEDICAUX, CHIRURGICAUX	PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (NOM DES MEDICAMENTS, POSOLOGIE, VOIE D'ADMINISTRATION)

Soins palliatifs OUI NON Allergies OUI NON
Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE	OUI	NON
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PORTAGE DE BACTERIE MUTIRESISTANTE	NE SAIT PAS	OUI	NON
Si oui, préciser (localisation, etc)			
Préciser la date du dernier prélèvement			

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES	OUI	NON
Cécité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RISQUE DE FAUSSE ROUTE	
OUI	NON
REGIMES	
OUI	NON

REEDUCATION	OUI	NON
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

VACCINS	Pneumocoque	Date :
	Tétanos	Date :
	Grippe	Date :

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	O U I	N O N
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	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sonde d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
App. Ventilatoire		
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

Nom Prénom

ADRESSE

N° voie, rue boulevard

Code postal Commune/ville

Date

Signature

Cachet du médecin