



N° 14732*01

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

**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



Le présent document de demande d'admission comporte des annexes :

- La notice de renseignements présentant l'EHPAD MGEN de Saint Cyr sur mer
- Les formalités d'admission
- L'histoire de vie du résident
- Le trousseau du résident
- Les instructions en cas de décès
- L'engagement de paiement.

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 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 A L'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

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 (évènement 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

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

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⁽¹⁾

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 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 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 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.

	EHPAD SAINT CYR/MER	Référence	RESD 004
	FORMALITÉS D'ADMISSION : PIÈCES À FOURNIR	Date dernière mise à jour	09/02/2017
		Version	02
		Page	1/1
		Auteur	H. SAIDI

Le dossier de demande d'admission est composé d'une partie administrative, à remplir par le futur résident ou sa famille, et d'une partie médicale.

Le dossier médical est rempli par le médecin traitant du futur résident. Il est joint en même temps que le dossier administratif, mais il doit être mis sous pli confidentiel pour le médecin coordonnateur.

L'ensemble des documents doit être remis à l'accueil ou adressé par voie postale au service des admissions. L'admissibilité sera notifiée par courrier.

PIÈCES À FOURNIR À LA CONSTITUTION DU DOSSIER

- PHOTOCOPIE LIVRET DE FAMILLE
- PHOTOCOPIE PIÈCE D'IDENTITÉ RECTO-VERSO
- ATTESTATION D'ASSURÉ SOCIAL à jour (document accompagnant la carte vitale)
- PHOTOCOPIE CARTE MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE à jour
- ATTESTATION DE L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE
- Si CONTRAT OBSÈQUE, PHOTOCOPIE DU CONTRAT
- Si APA : Copie de la notification d'attribution ou du dépôt de dossier, délivrée par le Conseil Départemental du département d'origine.
- Si APL : Copie de l'attestation CAF
- Si PROTECTION JURIDIQUE : Copie du jugement ou de l'attestation de dépôt de la demande.

PIÈCES À FOURNIR À L'ADMISSION

- CARTE VITALE
- CARTE MUTUELLE
- CONTRAT DE SEJOUR SIGNÉ
- ANNEXES AU CONTRAT DE SÉJOUR
- CHÈQUE DE CAUTION + CHÈQUE « dépôt de fonds » compte PÉCULE.

	EHPAD SAINT CYR/MER	Référence	RESD 004.1
	HISTOIRE DE VIE	Date de dernière mise à jour	09/02/2017
		Version	02
		Page	1/2
		Auteur	H. SAIDI

Pour une meilleure prise en charge de la personne accueillie, la connaissance d'une partie de son histoire de vie permet de prendre en compte son environnement personnel et de respecter au mieux ses habitudes de vie. Comme chaque histoire de vie est unique, mieux vous connaître c'est vous apporter un accompagnement personnalisé dès votre entrée dans notre établissement.

IDENTITE DE LA PERSONNE A ACCUEILLIR

NOM : **Prénom :**

Date de naissance : **Lieu de naissance :**

Lieu d'hébergement actuel :

SI AIDE A L'ECRITURE DE L'HISTOIRE DE VIE - IDENTITE DE LA PERSONNE QUI AIDE A REMPLIR LE DOCUMENT

Nom : **Prénom :** **lien de parenté :**

VOTRE CONTEXTE DE VIE

VIE DU RESIDENT

Votre Profession avant la retraite :

Votre Lieu de vie actuel : Domicile Famille Institution Hôpital

Votre Habitat : Appartement Maison individuelle Maison avec jardin

Votre situation familiale : En couple Seul(e) Vit en famille Aide de l'entourage

VOS HABITUDES DE VIE

- Heure de lever :
- Heure de coucher :
- Sieste : Oui Non
- S'occupe-t-il / elle de la maison ? : Oui Non
- Gère-t-il / elle son argent ? : Oui Non
- Gère-t-il / elle ses papiers ? : Oui Non
- Gère t'il / elle ses médicaments ? Oui Non
- Se déplace-t-il / elle à l'extérieur ? Oui Non Seul(e) Accompagné(e)

VOS HABITUDES ALIMENTAIRES

- Ce que vous aimez :
.....
- Ce que vous n'aimez pas :
.....

	EHPAD SAINT CYR/MER	Référence	RESD 004.1
	HISTOIRE DE VIE	Date de dernière mise à jour	09/02/2017
		Version	02
		Page	2/2
		Auteur	H. SAIDI

VOS LOISIRS ET ACTIVITES

- Activités encore pratiquées :

.....

- Activités abandonnées :

.....

LES ELEMENTS DE VOTRE PERSONNALITE

- Réservée
- Conviviale
- Communicative

INSTRUCTIONS PARTICULIERES A SUIVRE

Culte :

Personne à prévenir en cas d'urgence n°1 :

Nom et Prénom.....Lien :

Tel Maison :Tel Bureau :Portable :

Email :

Personne à prévenir en cas d'urgence n°2 :

Nom et Prénom.....Lien :

Tel Maison :Tel Bureau :Portable :

Email :

AUTRES INFORMATIONS UTILES QUE VOUS SOUHAITEZ APPORTER

Vous pouvez à tout moment nous adresser les informations utiles au bien être du résident

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés toute personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification sur les données nominatives la concernant. Sauf opposition expresse de votre part, elles peuvent être transmises aux partenaires de la MGEN dans le cadre d'actions pouvant vous intéresser.

**TROUSSEAU DU RESIDENT**

Date de dernière mise à jour	01/03/2017
Version	02
Page	1/2
Auteur	H. SAIDI

PREAMBULE

- Le linge de table, de lit et de toilette est fourni par l'établissement.
- Votre trousseau doit être constitué en fonction des **recommandations** en page 2.
- L'état du trousseau doit être **vérifié régulièrement**, et remis à jour si nécessaire.
- L'entretien du linge du résident est facturé 45,00 euros par mois. Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette prestation, nous vous invitons à faire connaître votre choix en adressant un courrier à l'attention de Mme AUGIER, secrétaire des résidents.
Dans le respect des normes d'hygiène, les familles souhaitant prendre en charge l'entretien du linge du résident s'engage à venir récupérer le linge sale **minimum 2 fois par semaine**. A défaut, le linge sera entretenu par l'établissement et sera facturé.
- Le service lingerie **ne prend pas en charge les textiles fragiles** type THERMOLACTYL, pure laine ou soie.
- **Attention** : si par erreur, des vêtements fragiles ou du linge non marqué (et non signalé comme tel) partaient dans le circuit de notre service lingerie, **l'établissement décline toute responsabilité pour un dommage ou une perte éventuelle.**

En cas de doute, et pour toute question concernant votre linge, vous pouvez vous adresser directement au Référent linge de votre service.

Nous vous souhaitons un agréable séjour...

TROUSSEAU DU RESIDENT



 Date de dernière mise à jour **01/03/2017**

 Version **02**

 Page **2/2**

 Auteur **H. SAIDI**
CONSTITUTION DU TROUSSEAU : RECOMMANDATIONS

⇒ A adapter suivant les saisons, les besoins et habitudes du résident

Sous-vêtements et vêtements de nuit :	
7 Culottes ou slips en coton	8 Pyjamas / ou chemises de nuit (4 été / 4 hiver)
7 Maillots de corps	Ou 8 Baby Gros (pour personne non autonome)
3 Combinaisons	2 Robes de chambre
4 Soutiens-gorge en coton	2 Paires de chaussons
7 Paires de chaussettes (ou mi-bas/collants)	
Tenues complètes	
Pour les dames :	Pour les hommes :
5 à 7 Robes ou jupes	7 Pantalons (dont 2 joggings)
5 à 7 Pantalons (dont 2 avec élastique)	1 Ceinture
1 Ceinture	10 Chemises (5 été / 5 hiver)
4 Chemisiers (4 été / 4 hiver)	3 Sweats ou pulls
3 Sweats ou pulls	4 Gilets ou polaires
4 Gilets ou polaires	4 Paires de chaussures (2 été / 2 hiver)
4 Paires de chaussures (2 été / 2 hiver)	1 Manteau
1 Manteau	1 Imperméable ou 1 veste
1 Imperméable ou 1 veste	1 Chapeau ou casquette
1 Chapeau ou casquette	
Nécessaire de toilette à renouveler régulièrement	
10 gants de toilette	Eau de toilette
Trousse de toilette	Lait pour le corps / crème hydratante
Brosse à dents	Savon (hypoallergénique de préférence)
Dentifrice	Shampoing
Produit pour appareil dentaire	Mousse à raser
Coton démaquillant	Déodorant (à bille de préférence)
Divers	
Brosse à cheveux / peigne	Etui à lunette
Verre à dents	Rasoir électrique ou jetable
Boite à dentier	Thermomètre
Porte appareil auditif	Pince coupe-ongle
A penser : pour faciliter votre séjour	
1 petite couverture type plaid 	1 sac polochon 
1 chausse pied (long de préférence)	1 multiprise

	EHPAD SAINT CYR/MER	Référence	RESD 004.1
	INSTRUCTIONS EN CAS DE DÉCÈS	Date de dernière mise à jour	25/04/2017
		Version	02
		Page	1/1
		Auteur	P.BLOT

Ce formulaire permet de respecter les dernières volontés du résident et de sa famille.

IDENTITÉ DE LA PERSONNE À ACCUEILLIR :

NOM : _____ Prénom : _____

☞ Avez-vous fait don de votre corps à la science ? oui non

Dans l'affirmative :

Faculté : _____ Numéro d'inscription : _____

☞ Avez-vous pris des dispositions testamentaires ? oui non

Dans l'affirmative :

• Avez-vous déposé le testament chez un notaire ? oui non

Si oui, Nom du notaire: _____ Adresse : _____

• Avez-vous pris un contrat d'obsèques ? oui non

Si oui, Coordonnées de l'organisme funéraire: _____

☞ Remarques diverses :

• Lieu des obsèques : _____

• Si crémation, lieu de dispersion des cendres : _____

Autres informations que vous jugerez utiles :

	EHPAD SAINT CYR/MER	Référence	RESD 004.5
	ENGAGEMENT DE PAIEMENT	Date dernière mise à jour	25/04/2017
		Version	02
		Page	1/1
		Auteur	P.BLOT

Pour une meilleure prise en charge de la personne accueillie, le formulaire engagement de paiement permet d'identifier le référent en charge du règlement des factures qui peut être le résident, son représentant légal ou un ou plusieurs membres de sa famille.

Je soussigné(é) : _____

M'engage à verser les frais accessoires à mon séjour.

Le cas échéant, j'habilite :

NOM-Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphone 1: _____ Téléphone 2 : _____

À régler les problèmes financiers.

Fait à : _____ Le : _____

Signature :

Autres informations utiles que vous souhaitez apporter :