

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

"Résidence du Parc"

54, rue Paul Vaillant Couturier 18400 SAINT FLORENT SUR CHER

☎ : 02.48.55.03.35

☎ : 02.48.26.33.25

✉ : administration@ehpadstflorent.fr

Identification de la personne remplissant ce dossier et lien avec la personne concernée :

DEMANDE D'ADMISSION EN E.H.P.A.D.

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
Article D.312-155-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles
Dossier d'admission validé lors du Conseil d'Administration du 02/07/15

IDENTIFICATION

| | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Nom | | Nom de jeune fille | |
| Prénom | | 2^{ème} prénom | |
| Date de naissance | | Lieu de naissance | |
| Nationalité | | | |
| Sexe | <input type="radio"/> Féminin | <input type="radio"/> Masculin | |

Date de la demande : _____

Hébergement Complet. Accueil couple souhaité : Oui Non
 Hébergement Temporaire. Indiquer la période souhaitée :
 Accueil Spécialisé pour personne désorientée
 Accueil de Jour

D'autres demandes ont-elles été faites auprès d'autres EHPAD ? Oui Non

- | | |
|----------|----------|
| 1) | 5) |
| 2) | 6) |
| 3) | 7) |
| 4) | 8) |

La personne est elle prête à entrer immédiatement :

- Oui Dans les 6 mois¹ Echéance plus lointaine²

^{1et2} S'il est indiqué que la personne n'est pas prête à entrer immédiatement, après accord de la Commission d'admission, son dossier sera placé sur liste passive jusqu'à l'envoi d'un nouveau dossier médical pour le réactiver.

INFORMATIONS

Etat civil de la personne concernée :

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Vie Maritale PACSé(e)

| | | | |
|-----------------------------|--|--------------|--|
| Adresse du domicile | | Téléphone | |
| Code Postal | | Ville | |
| Dernière profession exercée | | Nb d'enfants | |

S'agit-il de la personne à contacter en priorité ? Oui Non.

Si le demandeur n'est pas la personne à admettre :

| | | | |
|----------------------------------|--|-----------|--|
| Nom/Prénom | | Téléphone | |
| Adresse | | | |
| Lien avec la personne à admettre | | | |

Mesure de protection juridique :

Oui Non En cours. Date :

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future
 Curatelle renforcée

Etat civil du représentant légal en cas de protection juridique :

| | | | |
|----------------------------------|--|------------|--|
| Nom et Prénom | | | |
| Nom de l'organisme | | | |
| Adresse | | | |
| Code postal | | Ville | |
| Téléphones (fixe et/ou portable) | | E-Mail/Fax | |

Personne de confiance

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée, conformément à l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique³ Oui Non

| | | | |
|---|--|------------|--|
| Nom et Prénom | | | |
| Lien de parenté ou de relation avec la personne | | | |
| Adresse | | | |
| Code postal | | Ville | |
| Téléphones (fixe et/ou portable) | | E-Mail/Fax | |

Parents les plus proches :

Réfèrent familial

En cas de désignation d'une personne de confiance, celle-ci est-elle le réfèrent familial ? Oui Non

| | | | |
|----------------------------------|--|------------|--|
| Nom et Prénom | | | |
| Lien de parenté | | | |
| Adresse | | | |
| Code postal | | Ville | |
| Téléphones (fixe et/ou portable) | | E-Mail/Fax | |

Autres parents

| | | | | | |
|------------------|------------|--|------------------|------------|--|
| 1 | Nom Prénom | | 3 | Nom Prénom | |
| Lien de parenté | | | Lien de parenté | | |
| Adresse complète | | | Adresse complète | | |
| Téléphone | | | Téléphone | | |
| 2 | Nom Prénom | | 4 | Nom Prénom | |
| Lien de parenté | | | Lien de parenté | | |
| Adresse complète | | | Adresse complète | | |
| Téléphone | | | Téléphone | | |

³ Voir annexe 1 du Contrat de séjour

CONTEXTE DE LA DEMANDE

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

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

- Domicile Chez parent/proche EHPAD Hôpital SSIAD/SAD⁴ Accueil de Jour
 Autre :

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 elle d'accord ? OUI NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé a tout de même pu être recueilli : OUI NON

Autres

Caisse d'Assurance Maladie

| | | | |
|---------|--|----------------------|--|
| Nom | | N° d'immatriculation | |
| Adresse | | | |

Mutuelle

| | | | |
|---------|--|-------------|--|
| Nom | | N° Adhérent | |
| Adresse | | | |

RESSOURCES DU FOYER

La personne concernée pense-t-elle pouvoir financer ses frais de séjour :

- Seule Ne pense pas pouvoir assurer ses frais de séjour
 Avec l'aide d'un ou de plusieurs tiers :

- -
- -

Aide Sociale à l'Hébergement : Oui Non Demande envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne Oui Non

Aides financières déjà en place :

- A.P.A⁵ A.C.T.P Allocation logement Autre :

Coordonnées du destinataire de la facturation des frais de séjour :

.....

Fait à le.....

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

| |
|--|
| |
|--|

⁴ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile/service d'aide à domicile

⁵ L'A.P.A. est versé directement à l'EHPAD, il n'y a donc pas de demande à réaliser en dehors des personnes n'habitant pas le Cher