



cerfa
N° CERFA 14732*03

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**
Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif :** il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal ;
- **un volet médical :** il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'EHPAD qui pourra émettre un avis sur la possibilité de l'établissement à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter via trajectoire, le cas échéant.

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

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

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance² : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI NON

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence service seniors Long séjour
EHPAD Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Nom d'usage	_____
Nom de naissance	_____
Prénom(s)	_____

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal Commune/ville _____

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Nom d'usage	_____
Nom de naissance	_____
Prénom(s)	_____

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal Commune/ville _____

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom

Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher la mention utile)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez :
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA en établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

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.

 GROUPE vyv	EHPAD SAINT CYR/MER	Référence	PCR-PSA-007
	ENGAGEMENT DE PAIEMENT	Date dernière mise à jour	01/02/2018
		Version	03
		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 :

 GROUPE vyv	EHPAD SAINT CYR/MER	Référence	PCR-PSA-006
	INSTRUCTIONS EN CAS DE DÉCÈS	Date de dernière mise à jour	06/02/2018
		Version	03
		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 :

 GROUPE vyv	EHPAD SAINT CYR/MER	Référence	PCR-PSA-005
	<h1>HISTOIRE DE VIE</h1>	Date de dernière mise à jour	06/02/2018
		Version	03
		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

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

VOS HABITUDES ALIMENTAIRES

o Ce que vous aimez :

.....

o Ce que vous n'aimez pas :

.....

 GROUPE vyv	EHPAD SAINT CYR/MER	Référence	PCR-PSA-005
	HISTOIRE DE VIE	Date de dernière mise à jour	06/02/2018
		Version	03
		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.