



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

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 EXERCANT 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.

PERSONNE DE CONFIANCE (Cf. Annexes)

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 par le 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
Hébergement temporaire Autre (précisez)

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 naissance

(suivi, s'il y a lieu par le 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 contacter²

Nom de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le 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 : Immédiat Dans les 6 mois Echéance 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

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance

Prénom(s)

(suivi, s'il y a lieu par le 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,

PATHOLOGIES ACTUELLES

médicaux

chirurgicaux

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 PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS	OUI	NON
-------------------	-----	-----

OUI	NON
-----	-----

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille

cm

Poids

Kg

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON RISQUE DE FAUSSE ROUTE REEDUCATION OUI NON

Cécité OUI NON
 Surdité

Kinésithérapie
 Orthophonie
 Autre (préciser)

DONNEES SUR L'AUTONOMIE

		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 (<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 TECHNIQUES

	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Ur�t�rostomie		
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 diff rent du médecin traitant*)

NOM Prénom(s)

ADRESSE

N  Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date / /

Signature

Cachet du Médecin

Le rôle de la personne de confiance dans la loi du 22 avril 2005

Article 8 - Loi du 22 avril 2005

« Art. L. 1111-12. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, qu'elle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. »

En conséquence, tout patient majeur, responsable, peut désigner une personne de confiance, qui peut être un parent, un proche ou son médecin traitant. Cette désignation est une possibilité, mais non une obligation ; elle est faite de manière formelle, révocable ou modifiable à tout moment, et conservée dans le dossier du patient.

Si le patient peut exprimer sa volonté, la personne de confiance aura un rôle d'accompagnement et d'assistance (elle ne s'exprime pas à la place du patient). Elle peut être présente lors des entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Dans le cas où le patient deviendrait incapable d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin, la personne de confiance doit être consultée par le médecin et une décision collégiale peut être prise. Cependant, dans les deux cas, la personne de confiance ne décide pas à la place du patient et n'accède pas à son dossier médical.

En informant les personnes de la possibilité légale de désigner une personne de confiance, l'objectif est de permettre aux patients, aux familles et aux professionnels de mieux anticiper sur le moment où ces patients ne seront plus en mesure de prendre des décisions.

I-) TARIFICATION :

Depuis le 1^{er} Janvier 2002, la facturation se fait en ternaire pour les hébergés de plus de 60 ans: hébergement, dépendance et soins et en binaire pour les moins de 60 ans : hébergement et soins.

- Un forfait « SOINS MEDICAUX »,

Le forfait soins est pris en charge par la caisse primaire d'assurance maladie. Il est versé directement à l'établissement.

- Le Tarif « HEBERGEMENT » ,

* Le tarif hébergement des **plus de 60 ans** (chambre individuelle) est fixé à **50.14 Euros** (Tarif 2015).

* Le tarif hébergement des **plus de 60 ans** (chambre double) est fixé à **47.58 Euros** (Tarif 2015).

* Le tarif hébergement des **moins de 60 ans** est fixé à **70.06 Euros** (Tarif 2015).

- Le Tarif « Dépendance » :

Le Conseil Général du Morbihan a décidé de verser aux établissements une **Dotation Globale** pour couvrir les frais de dépendance de leurs résidents. Celle - ci **tient compte du degré de dépendance des résidents.**

En application de l'article L 232.8 de la loi instituant l'allocation personnalisée, une **participation** est laissée à **la charge du résident** et correspond au tarif dépendance du **GIR 5-6** soit **6.89 Euros** par jour, cela correspond au **Talon Dépendance**.

Pour les résidents issus d'autres départements, le tarif dépendance est fonction de leur GIR.

- GIR 1-2 : 25.62 Euros.
-
- GIR 3-4 : 16.27 Euros.
-
- GIR 5.6 : 6.89 Euros.

L'allocation personnalisée à l'autonomie leur sera versée directement.

Pour les hébergés de moins de 60 ans, aucune dépendance ne leur est facturée.

~~~~~

## II-) LES AIDES :

La personne âgée admise en EHPAD (*Etablissement Hébergeant Des Personnes Agées Dépendantes*) peut bénéficier de différentes aides, pouvant financer une partie du forfait hébergement.

*(Toutefois, ces aides sont soumises à diverses conditions, auxquelles il faut répondre.)*

- L'ALLOCATION LOGEMENT :

L'établissement étant conventionné au titre de l'Allocation Logement, une demande sera faite par nos soins, suite à l'admission de la personne âgée, auprès de la Caisse d'Allocations Familiales ou auprès de la M.S.A. (organisme payeur de cette allocation).

- L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE :

Une demande d'allocation personnalisée à l'autonomie est à faire uniquement pour les résidents originaires des départements autres que le Morbihan pour les résidents de plus de 60 ans.

**L'APA ne fait pas l'objet d'un recours sur succession.**

- L'AIDE SOCIALE :

La demande d'Aide Sociale est formulée lorsque le ou le résident (e) ou sa famille est dans l'incapacité de financer le forfait hébergement.

Suite à l'admission dans l'établissement, une liasse de demande d'Aide Sociale sera présentée auprès du C.C.A.S. de la mairie du dernier domicile du ou de la résident (e) sur sa demande ou celle de sa famille.

Après constitution complète du dossier, le Conseil Général définira le montant de l'Aide et la participation éventuelle des débiteurs alimentaires.

☞ *Il est à noter que les ressources de la personne hébergée doivent être reversées à l'établissement pour aider à financer le forfait hébergement.*

☞ *Il faut rappeler également que l'Aide Sociale aux personnes âgées est récupérable en totalité au moment de la succession.*

## A APPORTER LE JOUR DE L'ADMISSION

| HOMMES                                                                                                             | FEMMES                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Manteau d'hiver                                                                                                  | 1 Manteau d'hiver                                                                                                      |
| 1 Blouson / Veste été                                                                                              | 1 Blouson / Veste été                                                                                                  |
| 6 Pulls / Gilets                                                                                                   | 6 Pulls / Gilets                                                                                                       |
| 8 Pyjamas Personnels                                                                                               | 8 Robes / Jupes / Pantalons                                                                                            |
| 10 Slips / caleçons                                                                                                | 8 Chemises de nuit Personnelles                                                                                        |
| 8 Tricots de corps                                                                                                 | 8 Chemises de corps                                                                                                    |
| 8 Pantalons                                                                                                        | 8 Combinaisons                                                                                                         |
| 8 Paires de chaussettes                                                                                            | 2 Robes de chambre                                                                                                     |
| 10 Hauts (chemise, polo)                                                                                           | 10 Hauts (chemisier, Polo)                                                                                             |
| 2 Robes de chambre                                                                                                 | 10 Culottes                                                                                                            |
| 2 Paires de chaussons                                                                                              | 4 Soutiens Gorges                                                                                                      |
| 2 Paires de chaussures d'été                                                                                       | 10 Bas ou Collants                                                                                                     |
| 2 Paires de chaussures d'hiver                                                                                     | 2 Paires de chaussons                                                                                                  |
| 1 Chapeau d'été / Casquette                                                                                        | 8 Paires de Chaussettes                                                                                                |
| 1 Chapeau d'hiver                                                                                                  | 2 Paires de chaussures d'été                                                                                           |
| 12 Mouchoirs                                                                                                       | 2 Paires de chaussures d'hiver                                                                                         |
| 1 Ceinture                                                                                                         | 1 Chapeau d'été                                                                                                        |
| 1 Bonnet, Echarpe, Gants                                                                                           | 1 Chapeau d'hiver                                                                                                      |
| <b>Autres</b> : nécessaire de toilette et trousse, produit d'hygiène, rasoir, nécessaire pour entretien du dentier | 12 Mouchoirs                                                                                                           |
|                                                                                                                    | 1 Ceinture                                                                                                             |
|                                                                                                                    | 1 Bonnet, Echarpe, Gants                                                                                               |
|                                                                                                                    | <b>Autres</b> : nécessaire de toilette et trousse, produit d'hygiène, nécessaire pour entretien du dentier, sac à main |

⇔ N'apporter ni gant, ni serviette de toilette.

### DERNIERE TOILETTE EN CAS DE DECES

↳ Pour les personnes dépendantes la liste sera à voir avec la responsable du service.

#### MARQUAGE DU LINGE

**Tout le linge doit être marqué lors de l'admission.** Si ce n'est pas le cas, ne les apporter qu'au fur et à mesure que vous ayez cousu les marques. (Les marques doivent contenir le nom - prénom et le sigle HLF).

Il est vivement conseillé de vous procurer les marques (tissées et à coudre) dès la demande d'admission.

Dans tous les cas, le linge doit être facilement lavable, éviter les vêtements en laine ou en rhovyl.

#### **NE PAS OUBLIER D'APPORTER AUSSI :**

- Le traitement médical en cours (ordonnance)
- Nous fournir une dizaine de « marques » pour le linge au cas où les autres se détacheraient
- 1 photo d'identité récente (pour recherche de la personne en cas de fugue ou égarement) pour personne valide et désorientée.