

Dossier **ADMINISTRATIF** et **MÉDICAL** unique de demande d'admission en **EHPAD** (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)
(art D312-155-1 du code de l'action sociale et des familles)

Informations importantes

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 à le faire (travailleur social etc.) Ce dossier est à déposer ou à adresser par courrier à l'établissement à l'attention de Madame ALLEN, médiatrice sociale (☎ 03 22 96 40 44) ou de Madame DEGROND, assistante sociale (☎ 06 72 66 86 40).
- **un volet médical**, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin, à transmettre au docteur DARRAS, médecin coordonnateur, par courrier sous pli confidentiel comportant la mention "dossier médical" ainsi que votre nom, ou par fax (☎ 03 22 96 41 57).

Le dépôt de dossier ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente et en aucun cas pour une admission confirmée.

Volet ADMINISTRATIF (ADM-E-017 version 6/ octobre 2016)

ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom : Nationalité :

Situation familiale

Célibataire Vit maritalement Marié(e) Pacsé(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

N° de sécurité sociale : .../.../.../.../... clé

Date et lieu de naissance :/...../..... à

Adresse :

.....
.....
.....

Nombre d'enfants :

Téléphone :/...../...../...../..... Mail :@.....

Mesure de protection juridique : Oui Non En cours

Si oui, laquelle* ? Tutelle
 Curatelle
 Sauvegarde de justice
 Mandat de protection future

*** → Coordonnées du représentant légal :**

Nom : Prénom :

Lien de parenté ou de relation :

Adresse :

.....
.....
.....

Téléphone :/...../...../...../..... Mail :@.....

Si non : la personne concernée est-elle apte à signer tout document administratif (contrat de séjour, engagement à payer ...) ? Oui Non (→contacter le service social)

INFORMATIONS DIVERSES

- Date de la retraite :/...../.....
- est propriétaire locataire hébergé
- Crédit(s) en cours oui non
- Médecin traitant : Dr

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée ? Oui Non

Si c'est le cas :

Nom : Prénom :

Lien de parenté ou de relation :

Adresse :

.....
.....
.....

Téléphone :/...../...../...../..... Mail :@.....

DEMANDE

Type d'hébergement ou accompagnement recherché :

- Hébergement permanent
- Hébergement temporaire durée envisagée :

Accueil couple souhaité : oui non

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

- Domicile Chez enfant/proche Logement foyer
- EHPAD Hôpital Autre (préciser :

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document :

Le consentement éclairé a pu être recueilli : Oui Non

La personne concernée est-elle informée de la demande ? Oui Non

La personne concernée consent-elle à la demande ? Oui Non

COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même : Oui Non

ou autre(s) personne(s) :

1. Nom : Prénom :

Lien de parenté ou de relation :

Adresse :

.....
.....
.....

Téléphone :/...../...../...../..... Mail :@.....

2. Nom : Prénom :

Lien de parenté ou de relation :

Adresse :

.....
.....
.....

Téléphone :/...../...../...../..... Mail :@.....

ASPECTS FINANCIERS

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

Seule Avec aide

Aide des obligés alimentaires oui non

Aide sociale à l'hébergement :

oui non demande en cours demande à faire

Allocation logement (APL/ALS) :

oui non demande en cours demande à faire

Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) :

oui non demande en cours demande à faire

Prestation de compensation du handicap / Allocation compensatrice pour tierce personne :

oui non

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI REMPLIT LE VOLET ADMINISTRATIF

Nom : Prénom :

Lien de parenté ou de relation :

Adresse :

.....
.....
.....

Téléphone :/...../...../...../..... Mail :@.....

Date d'entrée souhaitée : immédiate dans 6 mois indéfinie

**Signature de la personne souhaitant
intégrer notre établissement**

**Signature de la personne ayant
établi la demande**

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

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

- Copie du livret de famille complet ou acte de naissance si célibataire
- Copie de la carte nationale d'identité (recto verso)
- Copie de l'attestation d'Assurance Maladie
- Copie de la carte Mutuelle
- Copie des justificatifs de toutes les caisses de retraite de l'année précédente (M. et Mme)
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Copie de la taxe foncière si propriétaire
- Justificatif d'allocation de logement si locataire ou numéro d'allocataire
- Justificatif de domicile
- Copie de la notification de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie, aide du Conseil Départemental) ou numéro de dossier le cas échéant
- Relevé d'identité bancaire ou postal
- 3 derniers relevés de compte avec placements le cas échéant
- Justificatifs de crédits le cas échéant
- Procuration le cas échéant
- Ordonnance de tutelle
- Attestation de responsabilité civile (à demander à votre assureur)
- Notification de MDPH (Maison Départementale du Handicap)
- Engagement de payer des obligés alimentaires si payant (cf. article 205 du Code civil) à télécharger sur la page d'accueil du site internet www.ch-corbie.fr onglet "maison de retraite"
- Liste des obligés alimentaires :

Nom/prénom	Lien (parenté/relation)	Adresse	