



N° 14732*01

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



**RÉSIDENCE
SAINT-JACQUES**
EHPAD GRENADE - CADOURS

**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

Merci de préciser le ou les site(s) d'hébergement souhaité(s) :

- Site de Grenade – Chemin de Piquette – BP 52 - 31330 GRENADE

Tél 05 62 79 87 60 / Fax : 05 62 79 87 69

Mail : accueil.grenade@ehpad-grenade-cadours.com

- Site de Cadours – Chemin d'En Palanque – 31480 CADOURS

Tél : 05 61 09 63 00 / Fax : 05 61 85 23 92

Mail : accueil.cadours@ehpad-grenade-cadours.com

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

Dossier Remis / Envoyé le :

Retour le :

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.

**DOSSIER ADMINISTRATIF
ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE**

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance.....Pays ou département.....

N° d'immatriculation /...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Caisse

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 / REFERENT FAMILIAL

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance /...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Lieu de naissance

Pays ou département

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal /.../.../.../.../.../ Commune/Ville

Téléphone fixe /...../...../...../...../...../ Téléphone portable /...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adresse email

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si OUI :

NOM de naissance Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

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 (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.

ENFANTS DU RESIDENT :

Toute modification (changement d'adresse ou de téléphone) devra être communiquée à l'EHPAD

1^{er} Enfant :

NOM..... Prénom..... Né (e) le..... à.....

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard.....

Code Postal..... Commune/Ville.....

Téléphone Fixe..... Téléphone Portable.....

Adresse email.....

Situation Professionnelle.....

Coordonnées employeur ou ancien employeur.....

2^{ème} Enfant :

NOM..... Prénom..... Né (e) le..... à.....

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard.....

Code Postal..... Commune/Ville.....

Téléphone Fixe..... Téléphone Portable.....

Adresse email.....

Situation Professionnelle.....

Coordonnées employeur ou ancien employeur.....

3^{ème} Enfant :

NOM..... Prénom..... Né (e) le..... à.....

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard.....

Code Postal..... Commune/Ville.....

Téléphone Fixe..... Téléphone Portable.....

Adresse email.....

Situation Professionnelle.....

Coordonnées employeur ou ancien employeur.....

4^{ème} Enfant :

NOM..... Prénom..... Né (e) le..... à.....

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard.....

Code Postal..... Commune/Ville.....

Téléphone Fixe..... Téléphone Portable.....

Adresse email.....

Situation Professionnelle.....

Coordonnées employeur ou ancien employeur.....

**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)

La personne concernée est elle consentante au placement en Ehpad Oui Non

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

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 MULTIRESISTANTE

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

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

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI NON
Cécité
Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI NON

REEDUCATION

OUI NON
Kinésithérapie
Orthophonie
Autre (préciser)

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

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		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP,VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pacemaker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (*si différent du médecin traitant*)

NOM Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal /.../.../.../.../... Commune/Ville

Téléphone : /.../.../.../.../...

Signature

Date : /.../.../.../

Médecin

<p>Signature</p> <p>Médecin</p>

TARIFS JOURNALIERS 2019

à compter du 1er avril 2019

	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	TOTAL	TOTAL MENSUEL 30 JOURS	TOTAL MENSUEL 31 JOURS
GIR 1 - 2	63.43 €	24.26 €	87.69 €	2 630.70 €	2 718.39 €
GIR 3 - 4	63.43 €	15.40 €	78.83 €	2 364.90 €	2 443.73 €
GIR 5 - 6	63.43 €	6.53 €	69.96 €	2 098.80 €	2 168.76 €

HEBERGEMENT MOINS DE 60 ANS : 83.69 €

AIDE JOURNALIERE APA
 GIR 1/2 17.73 €
 GIR 3/4 8,87 €