

# DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE EN ETABLISSEMENT D'ACCUEIL POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)

NOM :

Prénom :

Date de dépôt : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## 1. TYPE D'HEBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITE

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"/>
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) : du __ / __ / _____ :au __ / __ / _____
Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____	
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour
Date d'entrée souhaitée : __ / __ / _____
Immédiate : 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"/>
Date exacte (le cas échéant) : __ / __ / _____

Merci d'établir un choix sur le site parmi les 2 proposés, par ordre de préférence :

**Site de Lectoure**

- EHPAD du Tané Unité Barrère n° .....
- EHPAD du Tané Unité Féral n° .....

**Site de Fleurance**

- EHPAD Cadéot n° .....
- EHPAD La Pépinière n° .....

Autres (préciser les nom et lieu de l'établissement): .....

Cependant, la validation d'affectation sera prononcée par la commission d'admission qui vous informera de l'orientation proposée.

Dossier à retourner à

Secrétariat Médical – Rue Saint Laurent 32500 FLEURANCE Tél 05 62 64 21 42 / Fax : 05 62 64 21 39  
Email : secretariatmedical@epslomagne.fr

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## 1. ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE PAR L'HEBERGEMENT OU L'ACCUEIL

**Civilité :**      Monsieur       Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance            Lieu de naissance   
Nationalité

N° d'immatriculation

N° CAF

### **Situation familiale** (cocher la mention utile) :

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

Nombre d'enfant(s)

Présence d'un aidant (1) : OUI  NON

Désignation d'une personne de confiance (2) : OUI  NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI  NON

## 2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNEE A 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  @

### **Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes** : (cocher la mention utile)

SAAD (3)     SSIAD (4)     SPASAD (5)     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.) (6) ? OUI  NON

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

(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. A 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))

(3) SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile.

(4) SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile.

(5) SPASAD : Service Polyvalent d'aide et de soins à domicile.

(6) Centre Local d'Information / 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...

### 3. COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter)
- La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI  NON
- La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI  NON
- 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  Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée : \_\_\_\_\_  
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  Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée : \_\_\_\_\_  
Personne de confiance : OUI  NON

### 4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique OUI  NON  En cours <sup>(1)</sup>

Si oui, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Habilitation familiale <sup>(2)</sup>

Mandat de projection future <sup>(3)</sup> actif <sup>(4)</sup> : OUI  NON

#### Etat 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

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.

## Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## 5. COORDONNES 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 \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

## 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 compensatoire du handicap/Allocation compensatrice 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.

\*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.