



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



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 EXERÇANT 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 famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

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

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

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

SI OUI :

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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

Autre (préciser)

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 famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 contacter⁽²⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 : IMMEDIAT DANS LES 6 MOIS ECHEANCE 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'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du 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 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 OUI NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE NE SAIT PAS OUI NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)	<input type="text"/>
Préciser la date du dernier prélèvement	<input type="text"/>

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'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
	A l'intérieur			
Déplacements	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 (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
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		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
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 différent du médecin traitant)

Nom Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date

Signature
cachet du médecin

INFORMATIONS MEDICALES

DOSSIER D'ADMISSION EN EHPAD

à l'attention des médecins traitants :

Un dossier unique de demande d'admission en EHPAD a été mis en place par l'article D.312-155-1 du code de l'action sociale et des familles.

Il comprend un document médical comportant un certain nombre d'éléments destinés aux médecins coordonnateurs des établissements pour leur permettre d'évaluer si l'établissement d'hébergement est adapté à l'état de santé du futur résident et s'il pourra assurer les soins nécessaires.

Les médecins coordonnateurs de plusieurs établissements du secteur (*) ont souhaité demander des renseignements médicaux complémentaires leur permettant de mieux évaluer la demande sur le plan médical.

Nous vous remercions donc de leur fournir ces informations qui faciliteront l'admission de votre patient.

(*) EHPAD participant à ce dossier :

AVANNE : EHPAD Jacques Weinman, BAUME LES DAMES : EHPAD Les Jardins d'Asclépios, EHPAD Centre Hospitalier Sainte Croix ; BESANÇON : EHPAD Bellevaux , EHPAD Saint Ferjeux ; DESANDANS : Maison de Retraite Béthanie ; FLANGEBOUCHE : EHPAD Saint ; LEVIER : EHPAD; MAMIROLLE-SAONE : EHPAD ; MONTAGNEY : EHPAD Notre Dame des Cèdres ; MONTFERRAND LE CHÂTEAU : EHPAD Jean XXIII , EHPAD Laurent Valzer ; MORTEAU : EHPAD Centre Hospitalier P. NAPPEZ ; MOUTHE : EHPAD Hôpital Local ; NOZEROY : EHPAD Hôpital Local ; ORNANS : EHPAD Hôpital Local ; PONTARLIER : EHPAD du Larmont ; QUINGEY : EHPAD ; THISE : EHPAD Korian Vill'alizé

INFORMATIONS MEDICALES COMPLEMENTAIRES

*(à remplir par le médecin et à transmettre au patient ou à la personne référente ;
faire des photocopies et les mettre sous enveloppe cachetée pour tous les établissements concernés).*

Nom : Prénom :

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

Adresse :

Personne à contacter pour l'admission : Tél :

Adresse :

HOSPITALISATION(S) RÉCENTE(S) :

<i>Date</i>	<i>Service</i>	<i>Motif</i>

Médecins spécialistes :

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Patient en ALD : Oui Non si oui, motif :

Y a-t-il un amaigrissement récent ? : Oui combien de kilos :

Vaccins(dates) :

Pneumocoque : Oui : année..... Non

Transfusion sanguine : Oui Non Date :

Groupe sanguin : (le patient devra être porteur de sa carte de groupe sanguin lors de son admission)

L'intéressé(e) est-il indemne de toute affection contagieuse et peut-il sans danger pour lui et pour son entourage vivre en collectivité ? Oui Non

Accord du futur résident concernant son admission :

Le futur résident a-t-il donné son accord pour entrer en EHPAD ? OUI NON

Présente-t-il des troubles du jugement ne lui permettant pas de donner cet accord

Où se trouve le futur résident actuellement :

Son état est-il stabilisé ? Oui Non :

Si connu, GIR du futur résident :

<p>1. APPAREIL CARDIOVASCULAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> HTA</p> <p><input type="checkbox"/> AVC : Date :/...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> TROUBLES DU RYTHME</p> <p><input type="checkbox"/> ARTERITE MEMBRES INFERIEURS</p> <p><input type="checkbox"/> INSUFFISANCE CARDIAQUE</p> <p><input type="checkbox"/> MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> STIMULATEUR Date de pose :/...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> MALADIE VEINEUSE CHRONIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> VALVULOPATHIE</p>	<p>2. SYSTEME NEURO-COGNITIF</p> <p><input type="checkbox"/> DEFICIT SENSITIVO-MOTEUR <input type="checkbox"/> DROIT <input type="checkbox"/> GAUCHE</p> <p><input type="checkbox"/> TROUBLES DE L' EQUILIBRE ET CHUTES</p> <p><input type="checkbox"/> SYNDROMES EXTRA-PYRAMIDAUX</p> <p><input type="checkbox"/> COMITIALITE</p> <p><input type="checkbox"/> NEUROPATHIE PERIPHERIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> SYNDROME DEMENTIEL</p> <p><input type="checkbox"/> NEOPLASME Type : Stade :</p> <p>Diagnostic :</p> <p>Résultat MMS (si connu) : date.....</p> <p>Scanner : date/...../.....Résultat :</p> <p>.....</p> <p>Bilan biologique réalisé :</p>
<p>3. APPAREIL RESPIRATOIRE & ORL</p> <p><input type="checkbox"/> INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> ASTHME</p> <p><input type="checkbox"/> BPCO</p> <p><input type="checkbox"/> TUBERCULOSE RECENTE</p> <p><input type="checkbox"/> NEOPLASME Type : Stade :</p> <p><input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIE</p> <p><input type="checkbox"/> PNEUMECTOMIE <input type="checkbox"/> DROITE <input type="checkbox"/> GAUCHE</p> <p><input type="checkbox"/> ETAT BUCCO-DENTAIRE.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>4. APPAREIL LOCOMOTEUR</p> <p><input type="checkbox"/> ARTHROSE SYMPTOMATIQUE :</p> <p><input type="checkbox"/> RACHIS <input type="checkbox"/> HANCHE <input type="checkbox"/> GENOU <input type="checkbox"/> EPAULES</p> <p><input type="checkbox"/> DÉFORMATION RACHIDIENNE</p> <p><input type="checkbox"/> FRACTURES</p> <p><input type="checkbox"/> OSTEOPOROSE</p> <p><input type="checkbox"/> NEOPLASME Type : Stade :</p> <p><input type="checkbox"/> PROTHESE</p> <p><input type="checkbox"/> PATHOLOGIE DES PIEDS</p> <p><input type="checkbox"/> PERIMETRE DE MARCHE.....;</p> <p><input type="checkbox"/> CHUTES</p>
<p>5. APPAREIL DIGESTIF</p> <p><input type="checkbox"/> ULCERE GASTRIQUE OU DUODENAL</p> <p><input type="checkbox"/> HERNIES - EVENTRATION</p> <p><input type="checkbox"/> RGO HERNIE HIATALE</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCE ANALE</p> <p><input type="checkbox"/> LITHIASSE BILIAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> COLOPATHIE - CONSTIPATION CHRONIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> NEOPLASME Type : Stade :</p> <p><input type="checkbox"/> INTERVENTION</p>	<p>6. METABOLISME ENDOCRINOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> DIABETE TYPE 1</p> <p><input type="checkbox"/> INSULINOTHERAPIE</p> <p><input type="checkbox"/> DIABETE TYPE 2</p> <p><input type="checkbox"/> DYSTHYROIDIE</p> <p><input type="checkbox"/> DENUTRITION</p> <p><input type="checkbox"/> NEOPLASME Type : Stade :</p>
<p>7. GYNECOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> PROLAPSUS</p> <p><input type="checkbox"/> NEOPLASME Type : Stade :</p> <p><input type="checkbox"/> PATHOLOGIE DE LA MENOPAUSE</p>	<p>8. APPAREIL URINAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> INSUFFISANCE RENALE</p> <p><input type="checkbox"/> PATHOLOGIE DU HAUT APPAREIL</p> <p><input type="checkbox"/> PATHOLOGIE VESICO-PROSTATIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> INCONTINENCE URINAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> INFECTION URINAIRE BASSE</p> <p><input type="checkbox"/> NEOPLASME Type : Stade :</p>
<p>9. DERMATOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> ESCARRES</p> <p><input type="checkbox"/> ULCERES</p> <p><input type="checkbox"/> PATHOLOGIE CHRONIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> NEOPLASME Type : Stade :</p>	<p>10. SENSORIEL</p> <p><input type="checkbox"/> GLAUCOME</p> <p><input type="checkbox"/> CHIRURGIE DE L'OEIL</p> <p><input type="checkbox"/> DMLA</p>
<p>11. HEMATOLOGIE</p> <p>Affection caractérisée :</p> <p>.....</p>	<p>12. ETAT PSYCHIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> NEVROSE <input type="checkbox"/> PSYCHOSE</p> <p><input type="checkbox"/> DÉPRESSION <input type="checkbox"/> IDEES SUICIDAIRES</p>

COMPLÉMENTS, PRÉCISIONS, AUTRES :

.....

.....

.....

EVALUATION DE LA DEPENDANCE

(à remplir très précisément, en entourant la réponse)

ALIMENTATION	Seul (1)	Avec installation et stimulation (2)	Aide avec présence constante (3)	Aide totale ou sonde (4)
TOILETTE	Seul (1)	Avec installation et stimulation (2)	Avec aide partielle (3)	Aide totale (4)
HABILLAGE	Seul (1)	Avec installation (2)	Aide partielle (3)	Aide totale (4)
MOBILITE (lever)	Spontané (1)	Avec aide d'une personne(2)	Avec aide de deux personnes (3)	Ne tient pas sur ses jambes (4)
----- MOBILITE (déplacement)	----- Seul (1)	----- Avec aide partielle ou déambulateur (2)	----- Avec aide totale d'1 ou 2 personnes (3)	----- Impossible (4)
CONTINENCE URINAIRE	Normale (1)	Incontinence occasionnelle (2)	Contrôle partiel Incontinence nocturne (3)	Incontinence Totale (4)
CONTINENCE RECTALE	Normale (1)	Incontinence occasionnelle (2)	Incontinence fréquente (3)	Incontinence Totale (4)

Score :

FONCTIONS SUPERIEURES

ORIENTATION	Normale (1)	Parfois désorienté (2)	Orienté seulement dans son milieu habituel (3)	Désorienté (4)
HUMEUR (comportement)	Stable (1)	Déprimé, triste (2)	Agressif, Délirant, cris (3)	Risque de fugues (4)
COMMUNICATION	Normale (1)	Lente (2)	Partielle (3)	Nulle (4)
COMPREHENSION	Normale (1)	Lente (2)	Partielle (3)	Nulle (4)
MEMOIRE	Normale (1)	Oublis bénins (2)	Oublis fréquents (3)	Amnésie (4)
AUDITION	Normale (1)	Impose de parler fort (2)	Mauvaise avec appareillage (3)	Surdité (4)
VISION	Normale (1)	Gène pour la lecture (2)	Gène pour la vie quotidienne (3)	Cécité (4)

Score :

ORIENTATION SOUHAITEE PAR LE MEDECIN :

- accueil de jour accueil temporaire accueil permanent
 EHPAD unité type Alzheimer unité de vie USLD

Chambre individuelle souhaitable oui non motif :

Cause(s) du placement :

Un bilan sanguin minimal, un cliché pulmonaire et un ECG pourront être demandés à l'admission

Date :

Nom du médecin : **Signature et cachet** :

Tél :

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES COMPLEMENTAIRES

ETAT CIVIL :

NOM :

Prénom(s) :

(Soulignez le prénom usuel)

Date de naissance :

Adresse :

.....

CONJOINT ET ENFANTS :

<i>NOM et PRENOM</i>	<i>ADRESSE & E. MAIL</i>	<i>TELEPHONE et/ou PORTABLE</i>	<i>ACCORD PLACEMENT</i>

Nom du médecin traitant :

ASSURANCE MALADIE :

Nom et adresse de la caisse :

.....

MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE :

Nom et adresse :

Numéro :

AUTRES RENSEIGNEMENTS : Ancien combattant Légion d'honneur

ALLOCATION LOGEMENT : Dans le cas où le futur résident perçoit une allocation logement, indiquez le N° d'allocataire
et la caisse :

APA DOMICILE : Dans le cas où le futur résident perçoit l'APA , indiquez par quel département elle est versée :

FRAIS DE SEJOUR :

L'intéressé(e) peut-il payer les frais de séjour ? OUI NON Ne sait pas
(voir tarifs ci-joints)

Si oui, nom de la personne à qui adresser la facture :
.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'HEBERGEMENT :

Selon les possibilités des établissements, vous souhaitez :

Accueil de jour

Hébergement permanent

Hébergement temporaire

Chambre particulière souhaitée (en fonction des disponibilités) : OUI NON

ACCORD DU FUTUR RÉSIDENT CONCERNANT SON ADMISSION :

Le futur résident : oui non n'est pas au courant ne peut se prononcer

Motif de la demande : Médical Social Autre :

COMMENTAIRES SUR LA SITUATION DU FUTUR RÉSIDENT :

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

Dossier rempli par (nom et lien de parenté) :

.....

Téléphone :

Date :

Signature du référent :