« Les Jardins d'Eleusis »

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT

POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

<u>Cadre réservé à l'établissement</u> :

NOM : …… Prénom : ……

Date de dépôt : ……

<u>PROVENANCE</u> :

Domicile : ☐ Autre établissement ☐ Nom de l'établissement : ……

Localisation : ……

Domicile enfant : ☐ Hôpital/clinique ☐

MEDECIN TRAITANT : …… GERIATRE : ……

<u>PRESTATION SOUHAITEE</u> : Accueil de jour ☐ Séjour Temporaire ☐ Pension complète ☐

Chambre Double ☐ Chambre Simple ☐

GIR : 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5-6 ☐ A évaluer ☐

Mesures de Protection Juridique : OUI ☐ Non ☐ En cours ☐

Si oui, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de Justice ☐
Mandat de protection future ☐

AGTNC ☐ ASCMS ☐ Famille ☐ si autre, préciser : ……

N° CAFAT : …… N° AMG Sud : …… Mutuelle : ……

Aides : ……

PAP en cours : Oui ☐ Non ☐ PAP validé : Oui ☐ Date : ……
Non ☐

Autofinancement ☐

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

Le présent dossier de demande est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente, accueil de jour ou temporaire

Le dossier comporte :

1) Un volet administratif renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (travailleur social, etc.)

2) Un volet médical, daté et signé du médecin traitant ou d'un gériatre, **à mettre sous pli confidentiel**, qui permet notamment au médecin coordonnateur exerçant dans l'établissement d'émettre un avis circonstancie sur la capacite de l'E.H.P.A.D à prendre en charge la personne au vu du niveau de médicalisation de l'établissement.

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

- Photocopie de la pièce d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie des couvertures sociales (cafat, mutuelle ou Aide Médicale Sud)
- Justificatifs attestant du montant de retraite
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Photocopie de l'ordonnance du jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

DOSSIER ADMINISTRATIF
ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

NOM de naissance : Prénom :
(suivi si il y a lieu du nom d'usage)

Date de naissance : Lieu de naissance :

N° CAFAT : Date de fin de droit à 100 % :
Aide médicale : N° Carte : A ☐ B ☐ C ☐
Mutuelle :
Autres :

Adresse :
(N° Voie, rue, boulevard)

Code Postal : Commune ou ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :
Adresse mail :

Situation familiale :
Célibataire ☐ Vit maritalement ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcée ☐

Nombre d'enfants

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 OU REFERENT FAMILIAL

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

NOM de naissance : Prénom :
(suivi si il y a lieu du nom d'usage)

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :
(N° Voie, rue, boulevard)

Code Postal : Commune ou ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :
Adresse mail :

PERSONNE DE CONFIANCE

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

Si OUI :

NOM de naissance : *(suivi si il y a lieu du nom d'usage)*	Prénom(s) :
Adresse : *(N° Voie, rue, boulevard)*	Code postal : Commune ou ville :

Téléphone fixe : Adresse mail :	Téléphone portable :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :……..

DEMANDE

Type d'hébergement : accompagnement recherché : Hébergement ☐ Accueil couple souhaité ☐
Accueil de jour ☐
Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐

Situation de la personne concernée à la date de la demande :
Domicile ☐ Chez enfant/proche ☐ Logement foyer ☐ E.H.P.A.D ☐ Hôpital ☐
Autre (*précisez)*……..

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 ☐

Choix du médecin : Médecin traitant ☐ Nom du médecin traitant : ……..
Si oui peut-il se déplacer jusqu'à notre établissement

Médecin référent de l'établissement ☐

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER

La personne concernée elle-même OUI ☐ NON ☐
Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter (1)

NOM de naissance : *(suivi si il y a lieu du nom d'usage)*	Prénom(s) :
Adresse : *(N° Voie, rue, boulevard)*	Code postal : Commune ou ville :

Téléphone fixe : Adresse mail :	Téléphone portable :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée : ……..

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER (SUITE)

Autre personne à contacter (2)

NOM de naissance : *(suivi si il y a lieu du nom d'usage)*	Prénom(s) :
Adresse : *(N° Voie, rue, boulevard)*	Code postal : Commune ou ville :

Téléphone fixe : Adresse mail :	Téléphone portable :

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 ☐

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI ☐ NON ☐

G.I.R (Groupe Iso Ressource) : 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5-6 ☐ A évaluer ☐

CHD (Conseil du Handicap et de la Dépendance) : percevez-vous l'aide à la dépendance ? OUI ☐ NON ☐

Information :
Une caution devra être versée au premier jour d'entrée en structure. Elle est calculée en fonction de la chambre occupée soit :

Chambre double : 8 700 F x 30 jours = 261 000 F
Chambre individuelle : 9 200 F x 30 jours = 276 000 F

Sur demande, il est possible que vos règlements soient effectués par prélèvement bancaire, n'hésitez pas à vous adresser au secrétariat pour plus d'information.

Toute facture émise par notre établissement sera à régler avant le 10 de chaque mois.

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : Immédiat ☐ Dans les 6 mois ☐ Echéance plus lointaine ☐
DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN ACCUEIL DE JOUR : …../…../…..

Date de la demande : …../…../…..

Signature de la personne concernée,
Représentant légal ou référent famille