

Centre Hospitalier

Madame, Monsieur,

Vous désirez rentrer ou établir une demande d'admission afin d'admettre votre parent(e) dans notre établissement, en EHPAD, en hébergement permanent.

Vous venez de recevoir un dossier d'inscription et un livret d'accueil. Nous vous invitons à compléter le dossier et à faire remplir le questionnaire médical par le médecin de la personne concernée (ou par l'établissement hospitalier en cas d'hospitalisation).

La coordinatrice du CLIC Iroise est à votre disposition pour vous informer et vous aider à remplir la demande. Elle peut également vous informer sur les démarches administratives pour le maintien à domicile, les hébergements temporaires, l'adaptation du logement, l'APA, les aides financières :

Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

Adresse : Communauté de Communes du Pays d'Iroise

L'Archipel – ZA de Kerdrioual – 29290 LANRIVOARE - ☎ 02.98.84.94.86

Messagerie : clic-iroise@ccpi.fr

Contact : Madame Patricia BOTTA MENGANT. Elle reçoit sur rendez-vous du lundi au vendredi.

La demande d'EHPAD complétée est à déposer ou à retourner par voie postale à l'adresse suivante :

Secrétariat de l'EHPAD

Centre Hospitalier le Jeune – 17 rue de Brest – 29290 SAINT RENAN

Les familles souhaitent généralement connaître le délai d'admission. Celui-ci est très variable et dépend d'un certain nombre de facteurs : l'état de santé de la personne, sa commune de résidence, (les personnes domiciliées dans le secteur de Saint Renan sont prioritaires), sa préférence pour une chambre individuelle ou à deux lits.....

La commission d'admission en hébergement se réunit tous les mois afin de se prononcer sur les demandes d'admission présentant un caractère d'urgence. Nous vous conseillons de nous transmettre toute information utile pour nous permettre d'évaluer l'urgence de la demande. Nous attirons votre attention sur l'importance de nous faire retour du dossier complet et correctement rempli.

Vous recevrez par courrier ou mail la décision prise par la commission d'admission.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

LA DIRECTION



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 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,

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 DEPARTEMENTAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL DEPARTEMENTAL DE CE DEPARTEMENT.

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

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

N° de matriculation

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
Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle OUI NON En cours
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 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

(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

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 ne peut 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, enfants...

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter

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'information, 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.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES
(à compléter par la personne concernée ou ses proches)

NOM-PRENOM DE LA PERSONNE CONCERNEE

➤ PROTECTION SOCIALE ET MEDECIN

- ◆ Nom et adresse de la caisse d'assurance maladie et numéro de sécurité sociale :
- ◆ taux de prise en charge :
- ◆ nom, adresse de la mutuelle et numéro d'affiliation :
- ◆ nom, adresse et ☎ du médecin de famille :

➤ LES CONDITIONS DE VIE HABITUELLE : (barrer les mentions inutiles)

- ◆ seul(e) en domicile privé
- ◆ seul(e) dans un autre EHPAD
- ◆ en couple à domicile
- ◆ en couple dans un autre EHPAD
- ◆ en famille
- ◆ autre (préciser)

➤ OU SE TROUVE LA PERSONNE ACTUELLEMENT ? : (barrer les mentions inutiles)

- ◆ hospitalisation en court ou moyen séjour (préciser l'établissement et le service) :
l'admission en EHPAD interviendra en fonction du temps de soins infirmiers.
- ◆ autre EHPAD ou hébergement temporaire (préciser l'établissement) :
- ◆ autre (préciser)

➤ QUELLE EST LA RAISON DE LA DEMANDE : (barrer les mentions inutiles)

- ◆ changement de structure
- ◆ suite hospitalisation et impossibilité de retour à domicile
- ◆ maintien à domicile difficile
- ◆ autre (préciser) :

➤ LA FAMILLE :

◆ coordonnées de tous vos enfants (nom, prénom, adresse, ☎, adresse messagerie) :

-

-

-

-

◆ coordonnées des autres proches : (nom, prénom, adresse, ☎, adresse messagerie) lien de parenté) :

-

-

◆ coordonnées de votre conjoint (même s'il est décédé) :

NOM-PRENOM :

Date de naissance :

Date de décès :

➤ **LES PRIX DE JOURNEE AU 01/04/2018**

Hébergement + 60 ans : 50p85/j (ch 1 lit)

Hébergement ó 60 ans : 66p69/j

Hébergement + 60 ans : 42p96/j (ch 2 lits)

Dépendance Gir 1-2 : 20p15/j

Dépendance Gir 3-4 : 12p79/j

Dépendance Gir 5-6 : 5p43/j

Frais de séjour des résidents âgés de plus de 60 ans, domiciliés dans le département du Finistère : le montant facturé correspond au tarif hébergement + le tarif dépendance des GIR 5/6 pour les personnes dont le revenu mensuel est inférieur à 2,21 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (2447€5 au 01/04/2017). Le revenu mensuel correspond aux chiffres figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition, divisé par 12 : retraites, capitaux mobiliers et fonciers.... **L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) est versée à l'établissement.** Les résidents, dont le revenu mensuel est supérieur à ce montant, règlent un supplément au titre de la dépendance, calculé par le Conseil départemental.

Frais de séjour des résidents âgés de plus de 60 ans, domiciliés hors Finistère : le montant facturé correspond au tarif hébergement + le tarif dépendance en totalité. Le Conseil départemental de leur département d'origine verse l'APA sur leur compte personnel. Certains départements décident de verser l'APA à l'établissement. Dans ce cas, les résidents règlent leurs frais de séjour sur le même principe que les finistériens.

Les ressources personnelles de l'intéressé(e) sont-elles suffisantes pour régler les frais de séjour ? oui non (1)

Dans la négative, l'aide sociale à l'hébergement pourra être sollicitée. L'admission à l'aide sociale entraîne généralement : la récupération des sommes engagées dès le 1^{er} euro sur la succession de la personne bénéficiaire, l'hypothèque sur les biens de la personne bénéficiaire et l'obligation alimentaire pour les enfants, gendres et brus, père et mère. Dans certains départements, les petits-enfants sont également sollicités.

L'aide sociale à l'hébergement sera-t-elle sollicitée ? oui non (1)

➤ **AUTRES RENSEIGNEMENTS** : (1)

- La demande d'admission en EHPAD a été effectuée à l'initiative

- de la personne elle-même
- de la famille
- autre (préciser le lien avec la personne)

- Si la demande n'a pas été effectuée par la personne concernée :

- est-elle en accord avec la demande ? oui non

L'admission dans l'établissement ne pourra avoir lieu sans le consentement de la personne concernée, après une visite de pré admission durant laquelle elle rencontrera les cadres de santé des résidences avec ses proches.

- Habitudes alimentaires

- Mange-t-elle seule ? oui non
- A-t-elle bon appétit ? oui non
- Aliments qu'elle n'aime pas :
- Suit-elle un régime ? oui non
- si oui, lequel ?
- Boisson à table :

- Porte-t-elle une prothèse dentaire ? oui non

Si oui, l'appareil devra être gravé à ses noms et prénoms à l'admission

- Hygiène

- Se lave-t-elle seule ?
 - Douche oui non
 - Bain oui non
 - Toilette au lavabo oui non
- Soins particuliers : crème, maquillage,... :

- Va-t-elle seule aux toilettes ? oui non
- Utilise-t-elle des protections ? oui non
- Si oui : Jour Nuit

- Habillage

- S'habille-t-elle seule ? oui non
- Habitudes vestimentaires : (jogging,...).....

- Est-elle frileuse ? oui non
- Bas à varices oui non

- Mobilité - Sécurité

- Marche-t-elle seule ? oui non

- Sinon préciser le type d'aide (donner le bras, canne, déambulateur, fauteuil...)
.....
- Précautions particulières (barrières de lit, attaches,...)
.....

- Communication

- A-t-elle des handicaps ? (vue, audition...) oui non
- Est-elle appareillée ? oui non
Si l'intéressé(e) porte des lunettes, celles-ci devront être gravées à ses nom et prénom, à l'admission

- Comportement

- Comment se comporte-t-elle ?

. de jour :
. de nuit :
. avec les autres (famille, voisins, amis, ...) :

- Sommeil

- Sieste ? oui non
- Heure habituelle du coucher ?.....
- Qualité du sommeil :

- Loisirs – Occupation

- quels sont ses loisirs ?
- fume-t-elle ? oui non

- Acceptera-t-elle une chambre à 2 lits ? oui non

- La demande est-elle urgente ? oui non

- Quelle était sa dernière profession exercée ou sa profession principale ?

- Avez-vous déposé des demandes d'admission dans d'autres établissements ? oui non

Si oui, dans quels établissements ?

– **Avez-vous une préférence pour notre établissement ?** oui non

Si oui, précisez les raisons (commune ou région d'origine, rapprochement familial, relations, etc.) :

- **Renseignements complémentaires que vous souhaitez nous communiquer** (pour permettre à la commission d'admission d'apprécier le degré d'urgence de la demande par exemple) :

Document complété par

Nom prénoms et lien de parenté

Date et signature

(1) cocher la réponse

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Ce document doit être rempli et signé par chacun des enfants, bien vouloir effectuer des photocopies si besoin

Je soussigné(e) (nom de l'enfant)

Nom-Prénoms : í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í

Adresse : í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í ..

certifie avoir été informé(e) de la demande d'admission en section EHPAD du centre hospitalier Le Jeune de Saint-Renan, concernant : mon père ó ma mère (1) désigné(e) ci-après :

Nom-Prénoms í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í .

Adresse í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í

- et m'engage à participer au règlement de ses frais d'hébergement au cas où ses ressources seraient insuffisantes.
(1)

- et informe l'établissement que je solliciterai une prise en charge par l'aide sociale de ses frais d'hébergement.
(1)

L'admission au bénéfice de l'aide sociale aux personnes âgées a plusieurs conséquences : participation éventuelle des obligés alimentaires, récupération sur succession de la personne bénéficiaire, hypothèque sur ses biens, recours contre donataires (renseignements auprès du Conseil départemental ou du CCAS de votre commune).

Fait le

Signature

(1) **Rayer la mention inutile**

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 MARITAL : Prénom(s) :
Nom de jeune fille éventuellement :
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

CONDUITE A RISQUE ? OUI NON SI OUI : ALCOOL TABAC SEVRAGE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE ? OUI NON NE SAIT PAS

SI OUI, PRECISER : ▪ Localisation, etc : ▪ Date du dernier prélèvement :

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES : Cécité OUI NON Surdité OUI NON

RISQUE DE FAUSSES ROUTES : OUI NON

REEDUCATION : OUI NON SI OUI :
Kinésithérapie : OUI NON
Orthophonie : OUI NON
AUTRES (préciser) :

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

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

AUTONOMIE AGGIR		A	B	C
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Transferts				
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 (crisô)		
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		

SI OUI, PRECISER :
 . localisation :
 . stade :
 . durée de soins :
 . type de pansement :

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNIô)		
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

NOM

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Date / /

Signature

Cachet du
Médecin

Date, signature et cachet du médecin obligatoires