



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



RESIDENCE FORCA-REAL

*Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes - 3 Allée Edmond Michelet - BP F
66170 MILLAS*

Tél : 04 68 84 61 00 - Fax : 04 68 84 61 99 - email : residence-forcareal.millas@wanadoo.fr

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 :

- COPIE RECTO-VERSO DE LA CARTE D'IDENTITE
- COPIE INTEGRALE DU LIVRET DE FAMILLE
- COPIE DE L'ATTESTATION DE DROITS DE L'ASSURANCE MALADIE
- COPIE DE LA CARTE MUTUELLE
- ENGAGEMENT A PAYER D'UMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ

Si vous sollicitez l'Aide Sociale PA/PH auprès du Conseil Départemental :

- DECLARATION DES REVENUS
- AVIS D'IMPOSITION
- PENSIONS RETRAITES et VIEILLESSE
- REVENUS DIVERS
- 3 DERNIERS RELEVES BANCAIRE
- ATTESTATION DE DEPÔT DE DOSSIER (à demander au CCAS de votre commune)

Après l'admission permanente

- ALLOCATION LOGEMENT
- **DOSSIER MEDICAL (à récupérer auprès de votre médecin traitant. Il vous sera demandé au moment de votre entrée)**

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
(suivi, s'il y a lieu par le 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 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 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

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne

OUI

NON

Dans notre Etablissement, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le Tarif Dépendance, est versée directement à l'Etablissement, il n'y a pas de demande à réaliser

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 notre Etablissement, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement à l'Etablissement. Il n'y a pas de demande à réaliser.

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

Prénom(s)

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

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

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

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

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

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille cm

Poids Kg

FONCTIONS SENSORIELLES	OUI	NON	RISQUE DE FAUSSE ROUTE	REEDUCATION	OUI	NON
Cécité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				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		
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

RESIDENCE FORCA-REAL



Madame, Monsieur,

Suite à votre demande auprès de nos services, veuillez trouver, sous ce pli, un dossier d'inscription à la Résidence FORCA-REAL.

Dès son retour, le dossier sera examiné dans un **déla**i de **7 jours** par les services administratifs et médicaux **afin de vérifier qu'il soit complet et donner un avis favorable ou défavorable à votre demande**. Nous vous informons qu'une visite médicale peut être demandée par nos services médicaux avant toute admission.

Les mesures budgétaires 2017 donnent les prix de journée suivants :

- **Prix de journée hébergement : 56.89 Euros**

Auquel vient s'ajouter, selon le degré de dépendance :

- **GIR 1-2 : 18.89 Euros**

- **GIR 3-4 : 12.17 Euros**

- **GIR 5-6 : 5.09 Euros**

En ce qui concerne le prix de journée « Hébergement », l'allocation de logement est susceptible d'être accordée à tout résident, sous réserve d'une déclaration de revenus ; l'aide sociale aux personnes âgées peut également être allouée aux plus démunis, après enquête du Centre Communal d'Action Sociale sur le postulant et ses enfants.

En ce qui concerne la tarification de la dépendance, elle peut être compensée par l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (A.P.A) :

- Une dotation globale est allouée à l'établissement pour les personnes originaires du département des Pyrénées-Orientales dont le degré de dépendance correspond aux G.I.R. 1, 2, 3 et 4, le montant du ticket modérateur (équivalent au tarif dépendance G.I.R. 5 - 6) restant toujours à la charge du résident,
- **Les résidents issus d'autres départements** se verront facturer le tarif correspondant à leur dépendance ; ils pourront **demand**er l'**A.P.A. auprès de leur département d'origine** qui leur donnera toutes les indications nécessaires à l'élaboration du dossier.

En espérant avoir répondu à vos attentes,

Veuillez agréer, l'expression de mes salutations distinguées.

La Directrice,

Mounia VERGNET



RESIDENCE FORÇA-REAL

ENGAGEMENT DE PAYER ADMISSION A TITRE PAYANT

Article L.315-16 du Code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e)

Nom Prénom

Adresse

.....

m'engage à régler les frais de séjour de :

Moi-même

M. Mme Mlle Prénom

Lien de parenté

A compter de son entrée à l'EHPAD PUBLIC « Résidence Força-Réal » de MILLAS le/...../..... ainsi que des autres frais éventuels à sa charge (frais divers : pédicure, coiffeur ...) et tarifs des prestations annexes.

Je reconnais avoir été informé(e)

▪ **Des tarifs journaliers applicables à la date du 01.03.2017 :**

Tarif journalier d'hébergement	56.89€
Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2	18.89€
Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4	12.17€
Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6	5.09€

▪ Des dispositions de l'article L 315-16 du Code de l'action sociale et des familles selon lesquelles « les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours, s'il y a lieu, contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».

▪ Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par l'EHPAD PUBLIC « Résidence Força-Réal » de MILLAS devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal de Grande Instance de PERPIGNAN.

Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs.

« Lu et approuvé », le

Signature



RESIDENCE FORÇA-REAL

ENGAGEMENT DE PAYER ADMISSION AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

Article L.315-16 du Code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e)

Nom Prénom

Adresse

.....

m'engage à régler les frais de séjour de :

Moi-même

M. Mme Mlle Prénom

Lien de parenté

A compter de son entrée à l'EHPAD PUBLIC « Résidence Força-Réal » de MILLAS le/...../..... ainsi que des autres frais éventuels à sa charge (frais divers : pédicure, coiffeur ...) et tarifs des prestations annexes **jusqu'à la date de la notification de la Commission à l'Aide Sociale.**

Je reconnais avoir été informé(e)

▪ **Des tarifs journaliers applicables à la date du 01.03.2017 :**

Tarif journalier d'hébergement	56.89€
Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2	18.89€
Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4	12.17€
Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6	5.09€

▪ Des dispositions de l'article L 315-16 du Code de l'action sociale et des familles selon lesquelles « les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours, s'il y a lieu, contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».

▪ Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par l'EHPAD PUBLIC « Résidence Força-Réal » de MILLAS devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal de Grande Instance de PERPIGNAN.

Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs.

« Lu et approuvé », le

Signature

PS : Fournir une copie de l'attestation de dépôt de dossier du Centre Communal d'Action Sociale de la commune.



TROUSSEAU

A titre indicatif, veuillez trouver ci-dessous le trousseau **conseillé** à chaque résident, à l'admission à titre permanente ou temporaire ; ce trousseau compte de divers paramètres :

- dépendance du résident,
- habitudes vestimentaires
- contraintes saisonnières.

Le linge devra être marqué à l'entrée du résident, et à chaque renouvellement par des étiquettes cousues ou au feutre indélébile. Il devra systématiquement être inventorié par le personnel de la lingerie de l'Etablissement.

Les travaux de coutures ne sont pas assurés par l'Etablissement

<u>FEMMES</u>	<u>QUANTITE CONSEILLEE</u>	<u>OBSERVATIONS</u>
CULOTTES	FEMMES	
TRICOTS DE PEAU *	7	
COMBINAISON *	5	
BAS, COLLANTS OU CHAUSSETTES	7 PAIRES	
ROBES ou PANTALONS	5	
GILETS *	5	
PULLS OU SOUS PULLS *	5	
CHEMISES DE NUIT	7	
ROBES DE CHAMBRE	2	
MOUCHOIRS	15	
CHAUSSURES	2 PAIRES	
PANTOUFLES/SANDALES	3 PAIRES	
<u>HOMMES</u>	<u>QUANTITE CONSEILLEE</u>	<u>OBSERVATIONS</u>
SLIPS	7	
TRICOTS DE PEAU *	7	
CHAUSSETTES	7 PAIRES	
PANTALONS	5	
PULLS *	5	
GILETS *	3	
CHEMISES	7	
PYJAMAS	7	
MOUCHOIRS	15	
CHAUSSURES	2 PAIRES	
PANTOUFLES/SANDALES	3 PAIRES	
RASOIRS + MOUSSE A RASER	5	Le renouvellement sera demandé

* Pas de linges délicats (« Damarts, Lainage ...)Le présent trousseau devra être renouvelé par le résident ou le représentant légal au fur et à mesure des besoins.

NOM - PRENOM :

NOTE D'INFORMATION A L'ATTENTION DES FAMILLES ET DES RESIDENTS

Le Service de Lingerie traite le linge personnel des résidents avec la plus grande attention.

Cependant, les machines à laver professionnelles dont dispose le service ne permettent pas de laver le linge délicat (lainages et « Damart ») dans des conditions totalement satisfaisantes ; un risque de détérioration du linge subsiste malgré les soins apportés.

Les effets personnels continueront à être lavés et repassés par l'Etablissement par contre, les vêtements délicats : pulls en laine et sous-vêtements « Damart » ne sont pas pris en charge par la lingerie.

Pour éviter les difficultés, il est recommandé de privilégier les pulls en acrylique et sous-vêtements en coton.

Le linge des résidents hébergés temporairement sera aussi lavé et repassé par le Service de Lingerie, il devra donc être systématiquement marqué avec des étiquettes cousues ou au feutre indélébile à son arrivée dans l'établissement.

Le Service Lingerie et moi-même vous remerciant de votre compréhension.

La Directrice,
Mounia VERGNET

Date.....

Signature avec mention « lu et approuvé »

(A dater, signer et nous retourner)