



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



Etablissement Public de Santé « Le Jardin d'Emilie »

BP 39 – 5 Rue du Parc
82303 CAUSSADE Cedex

Téléphone : 05 63 26 18 00

E-mail : le.jardin.emilie@wanadoo.fr

Télécopie : 05 63 65 15 70

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 :

- Grille des tarifs (fiche jointe en annexe)
- Trousseau recommandé (fiche jointe en annexe)
- Carte nationale d'identité (recto/verso)
- Copie du livret de famille et/ou extrait d'Acte de naissance
- Copie attestation carte vitale
- Copie de la carte mutuelle
- Attestation responsabilité civile
- Copie du jugement (si protection juridique)
- Copie d'avis d'imposition ou de non imposition
- Copie dernière déclaration de revenus
- Attestation(s) annuelle(s) de la (ou des) retraite(s) perçue(s) de la même année
- Notification de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- Relevé d'identité bancaire
- 2 photographies récentes

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 DEPARTEMENTAL DE CE DEPARTEMENT.

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

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'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'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 MULTIRESISTANTE

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

OUI NON

Kinésithérapie

Surdité

Orthophonie

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

--

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur

Adresse.....
.....

Certifie, après l'avoir examiné que M.....est exempt(e) de maladie contagieuse.

Son état de santé actuel lui permet, sans contre indication, de vivre en collectivité.

A le

Cachet et signature

A L'ATTENTION DU MEDECIN TRAITANT OU HOSPITALIER

Pour assurer la continuité des soins de ce (tte) résident(e) nous vous demandons de joindre à ce dossier, outre les renseignements demandés :

- Les résultats d'analyses biologiques, radiologiques, qui vous semblent significatifs
- Biologie récente et en particulier pour éviter des redondances : NFS – CRP – Créatinine – Ionogramme – TSH – Albumine – Vit D – B12 - Folates
- Un certificat attestant que la personne ne présente aucune maladie pouvant contre indiquer une vie en collectivité (fiche jointe)
- Motifs ALD + double PIREs si possible
- Tout élément qui peut vous sembler significatif
- Pour les personnes relevant d'une unité Alzheimer, joindre un certificat médical ainsi que les évaluations neurologiques émanant du neurologue

DIRECTIVES ANTICIPEES RELATIVES A LA FIN DE VIE

(A rendre à l'admission)

Décret d'application 2006-119 du 06/02/2006

Je souhaite transcrire mes directives anticipées relatives à la fin de vie :

OUI

NON

En possession de toutes mes facultés physiques et psychiques, je prends les dispositions qui suivent pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer valablement sur les points mentionnés ci-dessous.

Voici mes directives anticipées relatives à la fin de vie :



Date.....

Signature du résidant

Mon actuelle pleine capacité de discernement est attestée par mon médecin traitant,

Le Dr.....

Date :

Signature du médecin traitant



Caussade, le 07 Février 2017

Madame,
Monsieur,

Je vous prie de trouver ci-joint, le prix de journée applicable dans l'établissement public de santé de Caussade fixé comme suit, par Arrêté Départemental du Tarn et Garonne pour l'année 2017 :

ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD):

Tarif journalier Hébergement	=	57.83€	
Tarif journalier Dépendance (GIR 1 et 2)	=	27.34 €	soit un total de : 85.17 €
Tarif journalier Dépendance (GIR 3 et 4)	=	17.40 €	soit un total de : 75.23 €
Tarif journalier Dépendance (GIR 5 et 6)	=	7.30 €	soit un total de : 65.13 €

A **titre indicatif**, vous pouvez éventuellement bénéficier de l'Allocation Personnalisée Autonomie (A.P.A) d'un montant maximum de : 20.04 € par jour pour les Gir 1 / 2 ,
10.10 € par jour pour les Gir 3 / 4.

Le montant des frais de séjour est payable à terme échu.
à la TRESORERIE DE CAUSSADE , Receveur de l'Hôpital
BDF MONTAUBAN - RIB : 30001 / 00547 / C8240000000 / 34.
9, rue Raymond Duclos - 82300 Caussade

Lors de l'entrée en Etablissement, une avance de 1500€ a été fixée à compter du 01.01.2003 par le Conseil d'Administration.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La Directrice Déléguée

M.L. PIMENTEL-PERINHA





Caussade, le 07 Février 2017

Madame,
Monsieur,

Je vous prie de trouver ci-joint, le prix de journée applicable dans l'établissement public de santé de Caussade fixé comme suit, par Arrêté Départemental du Tarn et Garonne pour l'année 2017 :

UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE

Tarif journalier Hébergement	=	61.54 €	
Tarif journalier Dépendance (GIR 1 et 2)	=	28.23 €	soit un total de : 89.77 €
Tarif journalier Dépendance (GIR 3 et 4)	=	17.91 €	soit un total de : 79.45 €
Tarif journalier Dépendance (GIR 5 et 6)	=	7.60 €	soit un total de : 69.14 €

A titre indicatif, vous pouvez éventuellement bénéficier de l'Allocation Personnalisée Autonomie (A.P.A) d'un montant maximum de : 20.63 € par jour pour les Gir 1 / 2 ,
10.31 € par jour pour les Gir 3 / 4.

Le montant des frais de séjour est payable à terme échu.
à la TRESORERIE DE CAUSSADE , Receveur de l'Hôpital
BDF MONTAUBAN - RIB : 30001 / 00547 / C8240000000 / 34.
9, rue Raymond Duclos - 82300 Caussade

En ce qui concerne l'entrée en Etablissement, une avance de 1900€ a été fixée à compter du 01.01.2003 par le Conseil d'Administration.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La Directrice Déléguée

M.L. RIMENTEL-PEBIRA



DOSSIER D'ENTREE

Le linge de maison est fourni, blanchi et entretenu par les soins de l'Etablissement.

Les vêtements et les chaussures fournis par la famille doivent être impérativement marqués avec des noms tissés à coudre à l'entrée et durant tout le séjour. Les vêtements sont blanchis par la Maison d'Accueil.

Il est demandé de ne pas porter de vêtements fragiles (laine des Pyrénées, pure laine, thermolactyl) et des vêtements qui ne passent pas au sèche linge. Il faut privilégier coton et acrylique.

Cependant, vous pouvez faire laver votre linge à l'extérieur à vos frais.

**TROUSSEAU MASCULIN
(A RENOUVELER REGULIEREMENT)**

Ce trousseau permet de respecter les habitudes de vie de votre parent. Il est à adapter en fonction de sa garde-robe habituelle et de sa pathologie avec l'aide de l'équipe soignante. Pour son confort privilégiez les vêtements amples et souples.

7 chemises (été et hiver)
 7 pantalons
 7 joggings
 6 pulls
 7 pyjamas
 7 paires de chaussettes
 10 slips
 7 chemises de corps
 2 robes de chambre
 2 paires de pantoufle (été et hiver)
 2 paires de chaussure (été et hiver)
 manteau, imper ou blouson (été et hiver)
 chapeau, casquette

Nécessaire de toilette :

Savonnette, peigne, shampooing, brosse à dents, dentifrice, eau de Cologne, après-rasage, rasoir électrique ou mécanique avec nécessaire (mousse...), stérident (si appareil dentaire), gobelet.

Bagage : *Nous ne pouvons garder qu'une valise dans la chambre.*

DOSSIER D'ENTREE

Le linge de maison est fourni, blanchi et entretenu par les soins de l'Etablissement.

Les vêtements et les chaussures fournis par la famille doivent être impérativement marqués avec des noms tissés à coudre à l'entrée et durant tout le séjour. Les vêtements sont blanchis par la Maison d'Accueil.

Il est demandé de ne pas porter de vêtements fragiles (laine des Pyrénées, pure laine, thermolactyl) et des vêtements qui ne passent pas au sèche linge. Il faut privilégier coton et acrylique.

Cependant, vous pouvez faire laver votre linge à l'extérieur à vos frais.

**TROUSSEAU FEMININ
(A RENOUVELER REGULIEREMENT)**

Ce trousseau permet de respecter les habitudes de vie de votre parent. Il est à adapter en fonction de sa garde-robe habituelle et de sa pathologie avec l'aide de l'équipe soignante. Pour son confort privilégiez les vêtements amples et souples.

7 robes, jupes ou pantalons (été et hiver)

chemisier et pulls

4 gilets

7 chemises de nuit

7 chemises de corps

5 combinaisons

10 culottes

2 soutiens gorge

2 robes de chambre

bas, chaussettes

2 paires de pantoufle (été et hiver)

2 paires de chaussure (été et hiver)

manteau et blazer (été et hiver)

chapeau, écharpe, foulards

Nécessaire de toilette :

Savonnette, brosse à cheveux, peigne, shampoing, brosse à dents, dentifrice, eau de Cologne, parfum, stérudent (si appareil dentaire), gobelet.

Bagage : *Nous ne pouvons garder qu'une valise dans la chambre.*