

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION PERMANENTE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT
POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D.312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

NOM : **Prénom :**

Date de dépôt : ... / /

1. TYPE D'HÉBERGEMENT SOUHAITÉ :

HÉBERGEMENT PERMANENT :		HÉBERGEMENT TEMPORAIRE	
Date d'entrée souhaitée :/...../.....	Date d'entrée souhaitée : //
Immédiate :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Immédiate :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans les 6 mois :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans les 6 mois :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Échéance plus lointaine :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Échéance plus lointaine :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date exacte (le cas échéant) :/...../.....	Date exacte (le cas échéant) : //

Admission avec le conjoint souhaitée : **Oui** **Non**

Commentaire de l'établissement :

2. INFORMATIONS IMPORTANTES :

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

ATTENTION : il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **Un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc...), il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal.
- **Un volet médical** : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

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

- Photocopie de la Carte Nationale d'Identité ou du Passeport
- Photocopie du Livret et de famille
- Photocopie de la Carte de Séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'Attestation de la Carte Vitale ou de la CMU (Couverture Maladie Universelle)
- Photocopie de la Mutuelle ou CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire)

- Justificatif attestant du montant de retraite (3 derniers relevés de compte bancaire)
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du Conseil Départemental du Droit à l'Aide Sociale (le cas échéant)
- Notification de l'APA de l'établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)
- Notification de l'Allocation Personnalisée de l'Autonomie (APA), à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc...

Ce document CERFA pourra alimenter le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (via trajectoire le cas échéant).

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée de l'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département.

Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le Conseil départemental de ce département.

¹ Une fois la demande d'admission, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront données à cet effet. A défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n°2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionné(e)s à l'article L 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles (D.311-0-4 CASF)).

Commentaire de la demande d'admission : (Toute information à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : **Oui** **Non** (Si **OUI**, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : **Oui** **Non** (Si **OUI**, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Personne A :

Nom d'usage : Lien de parenté :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Adresse :

N° de voie, rue, boulevard :

Code Postale : Commune / ville :

Téléphone fixe :/...../...../..... / Téléphone portable :/...../...../...../.....

Adresse mail :@.....

Proche aidant : Oui Non Personne de confiance : Oui Non

Personne B :

Nom d'usage : Lien de parenté :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Adresse :

N° de voie, rue, boulevard :

Code Postale : Commune / ville :

Téléphone fixe :/...../...../..... / Téléphone portable :/...../...../...../.....

Adresse mail :@.....

Proche aidant : Oui Non Personne de confiance : Oui Non

¹ SSAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile ² SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile ³ SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile ⁴ Centre Local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes.

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : Oui Non en cours¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³: actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Madame : Monsieur :

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Établissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement :

Adresse :

N° de voie, rue, boulevard :

Code Postale :

--	--	--	--	--	--

 Commune / ville :

Téléphone fixe :/..... / / / Téléphone portable : //...../ /

Adresse mail :@.....

5. COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? Oui Non

Si OUI :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de voie, rue, boulevard :

Code Postale :

--	--	--	--	--	--

 Commune / ville :

Téléphone fixe :/..... / / / Téléphone portable : //...../ /

Adresse mail :@.....

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuées ² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 A 494-12). ³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état physique ou mental, de pouvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil article 477 à 488). ⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit-être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confié.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

Seule :

Obligés alimentaire ou autres tiers :

Caisse de retraite :

Aide sociale à l'hébergement :

Oui

Non

Demande en cours

Allocation de logement (APS/ALS) :

Oui

Non

Demande en cours

APA à domicile pour l'accueil temporaire :

Oui

Non

Demande en cours

APA établissement pour l'hébergement permanent :

Oui

Non

Demande en cours

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne :

Oui

Non

Prestation pour tierce personne :

Oui

Non

Autres commentaires :

Date de la demande :/...../

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal :