

**ANNEXE**



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 13 avril 2012 fixant le modèle de dossier de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes prévu par l'article D. 312-155-1 du code de l'action sociale et des familles

NOR: ETSS1209475A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale,  
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1 et D. 312-155-1 ;  
Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 23 février 2012 ;  
Vu l'avis du Comité national des retraités et des personnes âgées en date du 14 mars 2012 ;  
Vu l'avis de la commission consultative d'évaluation des normes en date du 1<sup>er</sup> mars 2012,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le dossier de demande d'admission mentionné à l'article D. 312-155-1 du code de l'action sociale et des familles est conforme au dossier fixé en annexe du présent arrêté.

**Art. 2.** – La directrice générale de la cohésion sociale et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 13 avril 2012.

*Le ministre du travail,  
de l'emploi et de la santé,*  
XAVIER BERTRAND

*La ministre des solidarités  
et de la cohésion sociale,*  
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

**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 EXERÇANT 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,
- ° LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

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 (événement 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

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

### 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 / SAD<sup>1</sup>  Accueil de jour

Autre (préciser)

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<sup>(1)</sup>

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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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 contacter<sup>(2)</sup>

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 : IMMEDIAT  DANS LES 6 MOIS  ECHEANCE 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'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité : Monsieur  Madame

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

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Alcool	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser (localisation, etc.)	<input type="text"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>		
Sevrage	<input type="checkbox"/>	Préciser la date du dernier prélèvement	<input type="text"/>

Taille  Poids

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

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

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C	SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX		OUI	NON
Transfert					Idées délirantes			
Déplacements	A l'intérieur				Hallucinations			
	A l'extérieur				Agitation, agressivité (cris...)			
Toilette	Haut				Dépression			
	Bas				Anxiété			
Elimination	Urinaire				Apathie			
	Fécale				Désinhibition			
Habillage	Haut				Comportements moteurs			
	Moyen				Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)			
Alimentation	Bas				Troubles du sommeil			
	Se servir							
Orientation	Manger							
	Temps							
Communication pour alerter	Espace							
Cohérence								

  

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON	SOINS TECHNIQUES	OUI	NON	APPAREILLAGES	OUI	NON
Soins d'ulcère			Oxygénothérapie			Fauteuil roulant		
Soins d'escarres			Sondes d'alimentation			Lit médicalisé		
Localisation			Sondes trachéotomie			Matelas anti-escarres		
Stade			Sonde urinaire			Déambulateur		
Durée du soin			Gastrotomie			Orthèse		
Type de pansement			Colostomie			Prothèse		
			Urétérostomie			Pace-maker		
			Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)			Autres (préciser)		
			Chambre implantable					
			Dialyse péritonéale					

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

# La Roseraie 14380 Saint-Sever

# Tarifification 2016

Arrêté préfectoral du 20 mai 2016 avec effet au 1er juin 2016  
3 Prix de journée différents, selon le degré de dépendance ( G.I.R. )

	Tarif Hébergement	Tarif Dépendance	Total à payer	aide A.P.A. Montant à recevoir	Coût réel restant à charge
<b>GIR 5 et 6</b> Pensionnaires Valides	49,28 €	4,78 €	54,06 €	0	54,06 €
<b>GIR 3 et 4</b> Semi - Dépendants	49,28 €	11,27 €	60,55 €	6,49 €	54,06 €
<b>GIR 1 et 2</b> Dépendants	49,28 €	17,76 €	67,04 €	12,98 €	54,06 €
Pensionnaires de moins de 60 ans			63,00 €		

## Maison de Retraite de ST-SEVER

## Tarifification au 1er juin 2016

<b>TARIFICATION au 1er septembre 2015</b>		Prix de journée	mois de 30 j	mois de 31 j
<b>GIR 5 et 6</b> Pensionnaires Valides		54,06 €	1 621,80 €	1 675,86 €
<b>GIR 3 et 4</b> Semi - Dépendants		60,55 €	1 816,50 €	1 877,05 €
<b>GIR 1 et 2</b> Dépendants		67,04 €	2 011,20 €	2 078,24 €
Pensionnaires de moins de 60 ans		63,00 €	1 890,00 €	1 953,00 €

Pièces et renseignements nécessaires à  
remettre à Mme LEBLOND  
le jour de l'entrée

**I – PIÈCES A FOURNIR**

- Livret de famille
- 2 extraits de naissance (Mairie du lieu de naissance)
- Certificat médical du médecin traitant (aptitude à la vie en collectivité)
- Carte vitale avec l'attestation de prise en charge
- Carte mutuelle
- Dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Dernier avis d'imposition Taxes Foncières
- Derniers justificatifs annuels reçus des caisses de retraite
- 2 Relevés d'identité bancaire
- Carte d'invalidité (s'il y a lieu)
- Notification de tutelle

**II – RENSEIGNEMENTS**

- Préciser votre lieu de VOTE : .....
- Souhaitez-vous changer et vous inscrire à SAINT-SEVER ?     Oui     Non
  
- Percevez-vous l'allocation logement ?     Oui     Non  
    (si oui, fournir dernier justificatif)
  
- Percevez-vous :    le Fonds National de Solidarité ? .....
- des revenus fonciers ? .....
- une pension de victime de guerre ? .....
- une pension d'invalidité ? .....
- une allocation aux adultes handicapés ? .....
  
- En cas d'hospitalisation, le forfait journalier est-il pris en charge par votre mutuelle :  
     Oui     Non

Direction : P. JAMMET

## LINGERIE

### RESIDENT AUTONOME

4 Serviettes / 4 Gants  
10 Chemisettes en coton  
10 Slips  
4 Combinaisons (si en porte)  
4 Robes (ou pantalon, jupes)  
5 Chemisiers ou polos  
5 Pulls ou gilets  
5 Paires mi-bas, chaussette (ou collant)  
4 Chemises de nuit  
2 Paires de chaussons  
2 Robes de chambre  
Mouchoirs

### RESIDENT DEPENDANT

4 Serviettes / 4 Gants  
10 Chemisettes en coton  
10 Slips  
4 Robes amples ou pantalons taille élastique  
5 Polos  
5 Gilets  
5 Paires de mi-bas ou chaussette  
5 Chemises de nuit (polyester-coton)  
1 Paire de chausson  
2 Robes de chambre  
Mouchoirs

## PRODUITS D'HYGIENE

☞ Approvisionner régulièrement le résident du nécessaire de toilette :

☞ Savon

☞ Gel douche

☞ Shampoing

☞ Stéradent- polydent

☞ Coton tige

☞ Eau de cologne

☞ Rasoirs

☞ Dentifrice

### IMPORTANT :

Ne pas oublier d'étiqueter tous les vêtements visiblement au **col**, cousues tout autour en rentrant les extrémités.

Vérifier l'état et le renouvellement des vêtements (couture), voir avec le personnel quel vêtement est le mieux adapté en fonction de la dépendance physique.

Ne pas hésiter à passer à l'infirmerie pour tous renseignements complémentaires.