



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 : Bienvenue à l'EHPAD « Théodore ARNAULT » - Mirebeau**

Nous avons vocation d'accueillir des personnes âgées dépendantes, au sein d'un établissement, nouvellement reconstruit. Ce dernier est situé dans une localité rurale, Mirebeau, dans le département de la Vienne (86). Notre architecture contemporaine offre de larges espaces confortables, lumineux, aérés et sécurisés.

L'EHPAD « Théodore ARNAULT » présente une capacité d'accueil de 120 places d'hébergement permanent, dont 22 places en unité protégée. Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2009, l'établissement a diversifié ses prises en charge en proposant deux places d'hébergement temporaire.

Notre projet se veut centrer sur la personne, ses désirs, ses volontés, dans un contexte d'ouverture sur l'extérieur, sur les relations sociales, sur la citoyenneté. Mirebeau se veut un lieu de convivialité et notre établissement s'inscrit pleinement dans cette dimension, c'est-à-dire :

- ✓ Où il fait bon vivre ;
- ✓ Où le quotidien repose sur un projet construit, partagé, humain ;
- ✓ Identifié dans la cité, comme un véritable lieu de vie, en interaction constante avec la communauté.

L'établissement a conventionné le 29 décembre 2003, avec les services du Conseil général et de l'Agence Régionale de Santé. Cette convention a été renouvelée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009. Conjointement, des objectifs « qualité » ont été définis et notamment Organisation du fonctionnement de l'établissement, Médicalisation et organisation des soins, Formation du personnel ; Formalisation des procédures de travail, Finalisation du projet d'établissement.

A titre informatif, les tarifs applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024, au sein de l'établissement sont les suivants :

**Pour les payants :** ✓ Tarif Hébergement : 64.97€ par jour

- ✓ Tarifs Dépendance : GIR 1 et 2 : 20.42 € par jour,  
GIR 3 et 4 : 12.96 € par jour,  
GIR 5 et 6 : 5.50 € par jour.

Soit 70.47€ par jour / 2 184.57€ pour 31 jours APA Déduite

\*\*\*\*\*

**Pour les bénéficiaires de l'aide sociale :** ✓ Tarif Hébergement : 60.25€ par jour

- ✓ Tarifs Dépendance : GIR 1 et 2 : 20.42 € par jour,  
GIR 3 et 4 : 12.96 € par jour,  
GIR 5 et 6 : 5.50 € par jour.

Soit 65.75€ par jour / 2 038.25€ pour 31 jours APA Déduite

\*\*\*\*\*

Dépôt de garantie : 2 038.25€ (=31jours)

## 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,
- 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 (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/SAD<sup>1</sup>  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<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 : 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

Cécité       OUI       NON   
Surdité       OUI       NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI       NON

REEDUCATION

Kinésithérapie      OUI       NON

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			
	Fécate			
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 (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)		
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

--