

DOSSIER ADMINISTRATIF

DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT
POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)



PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée? OUI NON

SI OUI

Nom de famille (de naissance) :
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s) :

ADRESSE

N° voie, rue, boulevard :

Code postal : Commune/ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse e-mail :

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 (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 a-t-il été recueilli ? OUI NON

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile/service d'aide à domicile

COORDONNÉES 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 (N°1)

Nom de famille (de naissance) :
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s) :

ADRESSE

N° voie, rue, boulevard :

Code postal : Commune/ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse e-mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

AUTRE PERSONNE À CONTACTER (N°2)

Nom de famille (de naissance) :
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s) :

ADRESSE

N° voie, rue, boulevard :

Code postal : Commune/ville :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse e-mail :

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 (APA) : OUI NON Demande en cours envisagée

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