



E.H.P.A.D Maison de retraite

U.S.L.D Unité de Soins de Longue Durée

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION



**Hôpital de Houdan
42, rue de Paris
78550 HOUDAN**

Tél: 01.30.46.18.09
Fax: 01.30.46.18.53
www.hopitalhoudan.fr



SOMMAIRE

Démarche d'admission	p 3
Dossier CERFA N° 14732*01	p 4
Recueil des données	p 11
Récapitulatif des caisses de retraite	p 12

ANNEXES

Liste des documents à fournir	p 14
Liste pour le trousseau	p 15
Tarifs E.H.P.A.D	p 16
Tarifs des autres prestations	p 17

DÉMARCHE D'ADMISSION

Commission d'admission

Réunissant cadre de santé, assistante sociale, médecin et Direction. Cette commission se réunit une fois par semaine et se prononce sur les demandes d'entrée en EHPAD et USLD et sur les mouvements internes.

Modalités d'admission

Après acceptation du dossier par la commission d'admission et au vu de l'évaluation de l'autonomie réalisée par le médecin traitant du demandeur, une Visite de Préadmission est organisée à l'Hôpital. A l'issue de cette visite, La Direction prononce l'admission. La date d'arrivée du résidant est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation même si le résidant décide d'arriver à une date ultérieure.

Le dossier administratif d'admission, établi au plus tard le jour de la visite de préadmission, doit être dûment complété et comporter les justificatifs demandés.



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

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 REFERENTE

Une personne référente a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si OUI :

NOM de naissance

Prénom(s)

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

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

Peut-elle être prévenue la nuit ? OUI NON

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
DATÉ DE MOINS DE 3 MOIS

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

--	--

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 MULTIRESSISTANTE

OUI	NON
-----	-----

NE SAIT PAS	OUI	NON
-------------------	-----	-----

Alcool			Si oui, préciser (localisation, etc.)		
Tabac				Préciser la date du dernier prélèvement	
Sevrage					

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON RISQUE DE FAUSSE ROUTE REEDUCATION OUI NON

Cécité OUI NON
Surdité

Kinésithérapie
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

RECUEIL DES DONNÉES

FAMILLE ET PROCHES

CIVILITÉ	Mme, Mr	Mme, Mr	Mme, Mr	Mme, Mr	Mme, Mr	Mme, Mr
NOM						
PRÉNOM						
ADRESSE						
 personnel						
 portable						
 professionnel						
mail						
LIEN DE PARENTÉ						
Recevoir le courrier administratif et les factures destinés au résidant						

RÉCAPITULATIF DES CAISSES DE RETRAITE

Désignation de la caisse	Adresse	Montant mensuel de la pension

ANNEXES

DOCUMENTS À JOINDRE AU PRÉSENT DOSSIER

Attestation de mutuelle	
Attestation de sécurité sociale avec précision date de fin ALD le cas échéant	
Avis du dernier avis d'imposition reçu	
Certificat médical daté de moins de 3 mois	
Copie de la pièce d'identité	
Demande d'accueil à remplir par la famille	
Notification d'accord d'Aide Sociale ou avis de dépôt en mairie ou CCAS	
Notification de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA)	
Photo d'identité datée de moins de 6 mois	
Photocopie de l'assurance Responsabilité Civile	
Photocopie du Jugement si placement sous curatelle, mandataire judiciaire ou tutelle	
Photocopie intégrale du livret de famille	
Récapitulatif des caisses de retraite dûment complété	
Relevé d'identité bancaire	
3 derniers relevés de compte	

TROUSSEAU À CONSTITUER POUR L'ENTRÉE

Tous les objets composant le trousseau doivent être étiquetés avant l'entrée en établissement :

Étiquette tissée cousue comportant le nom, prénom de la personne + HOUDAN

Le linge doit être adapté aux saisons. Le linge non marqué sera marqué par l'établissement aux frais du résidant ou de sa famille.

Tout renouvellement du linge du résidant doit être signalé à la lingère

DESIGNATION	QUANTITÉ
CHAUSSENS fermés par scratch	2 paires
CHAUSSURES adaptées à la marche et à la saison	2 paires
CHAUSSETTES	7 paires
ROBE DE CHAMBRE	1
PEIGNOIR OU SORTIE DE BAIN	1
CULOTTES OU SLIPS	12
SOUTIEN-GORGES	4
MAILLOTS DE CORPS	10
COMBINAISONS EN COTON	5
CHEMISES DE NUIT OU PYJAMAS en coton	10
GILETS	3
PULLS ou SWEATSHIRTS	5
ROBES OU JUPES	7
PANTALONS ou PANTALONS de JOGGING	7
POLOS ou CHEMISE	5
TROUSSE DE TOILETTE COMPLETE comprenant :	
<ul style="list-style-type: none"> - SAVON - GEL DOUCHE - BROSSE A DENTS, DENTIFRICE - EAU DE TOILETTE - BROSSE A CHEVEUX, PEIGNE - SHAMPOOING - RASOIR / LAMES 	



TARIFS D'HEBERGEMENT

MAS

	Prise en charge par l'Assurance Maladie et/ou la mutuelle	Chambre particulière
	100%	SEJOUR TEMPORAIRE
MAS	299,26 €	70,00 €

EHPAD et USLD - Plus de 60 ans

	Prix de journée	FORFAIT DEPENDANCE		TOTAL par jour	ABSENCES PAR JOUR		
					Inf. à 72 heures ¹	Sup. à 72 heures ²	
EHPAD	68,04 €	+	GIR 1 & 2	21,86 €	89,90 €	68,04 €	48,04 €
			GIR 3 & 4	13,87 €	81,91 €		
			GIR 5 & 6	5,89 €	73,93 €		
USLD	66,19 €	+	GIR 1 & 2	26,43 €	92,62 €	66,19 €	46,19 €
			GIR 3 & 4	16,77 €	82,96 €		
			GIR 5 & 6	7,11 €	73,30 €		

EHPAD et USLD - Moins de 60 ans

	Prix de journée	ABSENCES PAR JOUR	
		Inf. à 72 heures ¹	Sup. à 72 heures ²
EHPAD	86,50 €	86,50 €	66,50 €
USLD	88,25 €	88,25 €	68,25 €

¹ Absences pour convenance personnelle ou hospitalisation, inférieures à 72 heures

² Absences pour convenance personnelle ou hospitalisation, supérieures à 72 heures et sans limitation de durée



TARIFS DES PRESTATIONS

	MAS	MAS SEJOUR TEMPORAIRE	EHPAD	USLD
Lavage du linge		100 € forfait mensuel 26 € forfait hebdomadaire		100 € forfait mensuel
Marquage du linge (pose d'étiquette)	1,50 € par article			
Marquage du linge (fourniture et pose d'étiquette)	2,20 € par article			
Télévision		4,60 €/jour les 30 premiers jours 2,50€/jour à partir du 31 ^{ème} jour		
Télévision bénéficiaire de la CMU*		2,40 €/jour		
Caution télévision + télécommande		70 €		
Achat casque (sauf chambre individuelle)		2,50 €		
Repas accompagnant (ticket repas en vente aux admissions)	10,00 €			
Tarif chambre mortuaire	76 € / jour à compter du 5 ^{ème} jour			
Copie de dossiers médicaux	1 € la page (la feuille) + frais d'envoi en recommandé à votre charge			

**sur présentation d'un justificatif*