

DOSSIER ADMINISTRATIF UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

1 ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
N° de sécurité sociale :
Date et lieu de naissance :

Situation familiale :
Célibataire
Vit maritalement
Pacsé (e)
Marié (e)
Veuf (ve)
séparé (e)
Divorcé (e)
Nombre d'enfants :

Adresse :
Téléphone :
Mail :

Mesure de protection juridique :
Oui
Non
En cours
Si oui, laquelle ?
tutelle
curatelle
sauvegarde de justice
mandat de protection future

Coordonnées du représentant légal :
Nom :
Prénom :
Qualité :
Adresse :
Téléphone :
Mail :

2 PERSONNE DE CONFIANCE

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

oui
non

Si c'est le cas :
Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Mail :
Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

3 DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché :

Hébergement permanent
Hébergement temporaire
Accueil couple souhaité :
oui
non

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile
chez enfant/proche
logement foyer
EHPAD
Hôpital
Autre, préciser :

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas lui-même le document :

Le consentement éclairé n'a pu être recueilli

La personne concernée est-elle informée de la demande ?

oui
non

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ?

oui
non

4

**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 :
Prénom :

Adresse :

Téléphone :
Mail :

Lien de parenté ou de relation avec le demandeur :

(2) Nom :
Prénom :

Adresse :

Téléphone :
Mail :

Lien de parenté ou de relation avec le demandeur :

5

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 ou envisagée

Allocation logement (APL/ALS) :

oui
non
Demande en cours ou envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie* :

oui
non
Demande en cours ou envisagée

Prestation de compensation du handicap /
Allocation compensatrice pour tierce personne

oui
non

6

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI REMPLIT
LE VOLET ADMINISTRATIF DE LA DEMANDE**

Nom :
Prénom :
Qualité/ Lien de parenté :
Adresse :
Téléphone :

Date d'entrée souhaitée :

immédiat
dans les 6 mois
échéance plus lointaine

Date de la demande :

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal :

Signature de la personne
ayant établi la demande :

* 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.