DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : ☐Monsieur ☐ Madame

Nom :

Nom de jeune fille :

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 mail :……

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire ☐ Vit maritalement ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)

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 du 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 mail :……

REPRODUCTION INTERDITE

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : ☐ Oui ☐ Non

Si oui :

Nom:……

Prénom(s) :……..

ADRESSE

N°voie, rue, boulevard……

Code postal :……Commune/ville :…….

Téléphone fixe :……Téléphone portable :…….

Adresse mail :……..

Lien de parenté ou relation avec la personne concernée :……..

Autres personnes à contacter

Nom:……

Prénom(s) :……..

ADRESSE

N°voie, rue, boulevard……

Code postal :……Commune/ville :…….

Téléphone fixe :……Téléphone portable :…….

Adresse mail :……..

Lien de parenté ou relation avec la personne concernée :……..

Nom:……

Prénom(s) :……..

ADRESSE

N°voie, rue, boulevard……

Code postal :……Commune/ville :…….

Téléphone fixe :……Téléphone portable :…….

Adresse mail :……..

Lien de parenté ou relation avec la personne concernée :……

Nom:……

Prénom(s) :……..

ADRESSE

N°voie, rue, boulevard……

Code postal :……Commune/ville :…….

Téléphone fixe :……Téléphone portable :…….

Adresse mail :……..

Lien de parenté ou relation avec la personne concernée :……

REPRODUCTION INTERDITE

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 ☐ SSIAD/SAD ☐ Hôpital

☐ Accueil de jour

Autre :……..

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service :……..

……

……

……

La personne 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 ☐

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'entrée souhaitée : ☐ Immédiat ☐ Dans les 6 mois☐ Echéance plus lointaine
Date d'entrée souhaitée en hébergement 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

[1] SSIAD/SAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile/Service d'Aide à Domicile

* 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

REPRODUCTION INTERDITE