

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

**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	<input type="text"/>
Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers	<input type="text"/>

Aide sociale à l'hébergement :	
oui	<input type="text"/>
non	<input type="text"/>
Demande en cours ou envisagée	<input type="text"/>

Allocation logement (APL/ALS) :	
oui	<input type="text"/>
non	<input type="text"/>
Demande en cours ou envisagée	<input type="text"/>

Allocation personnalisée à l'autonomie* :	
oui	<input type="text"/>
non	<input type="text"/>
Demande en cours ou envisagée	<input type="text"/>

Prestation de compensation du handicap / Allocation compensatrice pour tierce personne	
oui	<input type="text"/>
non	<input type="text"/>

6

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

Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>
Qualité/ Lien de parenté :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>

Date d'entrée souhaitée :

immédiat	<input type="text"/>
dans les 6 mois	<input type="text"/>
échéance plus lointaine	<input type="text"/>

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.