



ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES

CONDITIONS D'ADMISSION

ETABLISSEMENTS CONCERNES

RESIDENCE "LE VERT PRE"
Rue Pierre de Coubertin
B.P. 359
59056 ROUBAIX CEDEX 1
☎ 03.20.99.32.56

RESIDENCE "LA FRATERNITE"
20, Avenue Julien Lagache
B.P. 359
59056 ROUBAIX CEDEX 1
☎ 03.20.99.32.73

RESIDENCE "ISABEAU DE ROUBAIX"
67, Rue Saint Antoine
B.P. 359
59056 ROUBAIX CEDEX 1
☎ 03.20.99.32.73

Toute admission est soumise :

- * **d'une part, à un accord médical,**
- * **d'autre part à la constitution d'un dossier administratif.**

Procédure :

1) Un dossier de demande d'admission comprenant 2 volets vous sera transmis :

- * le volet administratif doit être renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée à le faire,
- * le volet médical doit être rempli, daté et signé par le médecin traitant du demandeur ou, le cas échéant, par le praticien hospitalier. Ce document permettra au médecin de la structure d'émettre un avis sur la capacité de l'établissement à prendre en charge la personne âgée.

Ce dossier (Cf. Dossier de demande d'admission en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) est à retourner :

- * à Madame F.LOOTVOET pour la Résidence "LE VERT PRE",
- * à Madame D.DUBOIS pour les Résidences "LA FRATERNITE" et "ISABEAU DE ROUBAIX".

2) Des pièces administratives complémentaires vous seront demandées. Elles sont à déposer auprès du service administratif, de préférence sur rendez-vous, auprès des personnes citées ci-dessus (Cf. Liste des pièces à fournir).

1/2

Pour la tarification il s'agit d'une tarification ternaire :

- un tarif Soins
- un tarif Hébergement
- un tarif Dépendance

Modalités de prise en charge financière :

- **le tarif Soins** est pris en charge par l'assurance maladie en totalité
- **le tarif Hébergement** est financé par le résident ou sa famille ou, le cas échéant, par l'aide sociale

1ère possibilité : vous pouvez financer les frais d'hébergement

☞ Signer un engagement de paiement (document que vous remettra l'établissement) en y joignant la photocopie recto-verso de votre carte d'identité ;

☞ Déposer les pièces nécessaires à la constitution du dossier (Cf. Liste des pièces à fournir).

2ème possibilité : vous ne pouvez pas financer les frais d'hébergement

☞ le Conseil Général peut prendre en charge les frais d'hébergement au titre de l'Aide Sociale.

Pour solliciter cette prise en charge, il faut déposer une demande auprès du C.C.A.S (Centre Communal d'Action Sociale) du lieu de résidence de la personne âgée et fournir les documents nécessaires à la constitution du dossier (Cf. Liste des pièces à fournir).

☞ un accusé de réception de la demande d'Aide Sociale vous sera remis par le C.C.A.S.

☞ une fois cette démarche terminée, il vous faudra déposer votre dossier au service administratif accompagné de cet accusé de réception.

- **le tarif Dépendance** est pris en charge partiellement par le Conseil Général par le biais de l'A.P.A. (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Un montant équivalent au tarif dépendance G.I.R. 5-6 (correspondant au ticket modérateur) reste cependant à la charge du résident.

**ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES**

CHOIX DES RESIDENCES

**MERCI DE BIEN VOULOIR INDIQUER VOTRE ORDRE DE
PREFERENCE (de 1 à 3) POUR L'ADMISSION AU SEIN
D'UN DES TROIS EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX**

RESIDENCE "LE VERT PRE"
Rue Pierre de Coubertin
B.P. 359
59056 ROUBAIX CEDEX 1
☎ 03.20.99.32.56

RESIDENCE "LA FRATERNITE"
20, Avenue Julien Lagache
B.P. 359
59056 ROUBAIX CEDEX 1
☎ 03.20.99.32.73

RESIDENCE "ISABEAU DE ROUBAIX"
67, Rue Saint Antoine
B.P. 359
59056 ROUBAIX CEDEX 1
☎ 03.20.99.32.73

ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES

PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER ADMINISTRATIF

- 1) Extrait d'acte de naissance avec mentions marginales
- 2) Livret(s) de famille
- 3) Noms, adresses et coordonnées téléphoniques des enfants
- 4) Carte Nationale d'Identité ou carte de séjour en cours de validité
- 5) Carte vitale et attestation C.P.A.M.
- 6) Mutuelle
- 7) Justificatifs de pensions (justificatifs du couple si conjoint à domicile)
- 8) Relevés bancaires des 6 derniers mois (Compte courant, L.E.P., P.E.L., L.D.D., etc.)
Livrets d'épargne ... Justificatifs de tous types de placement
- 9) Déclaration fiscale de l'année en cours + Avis d'imposition ou de non imposition des 2 dernières années
- 10) Notification A.P.A. (s'il y a lieu)
- 11) Pour les propriétaires :
 - ◆ Acte notarié
 - ◆ Taxes foncières
 - ◆ Taxe d'habitation
 - ◆ Attestation d'assurance
- Pour les locataires :
 - ◆ Quittance de loyer
 - ◆ Taxe d'habitation
 - ◆ Attestation d'assurance
 - ◆ Document C.A.F. concernant l'allocation logement
- Pour les hébergés :
 - ◆ Attestation sur l'honneur de celui qui héberge
- 12) Contrat funéraires (s'il existe)
- 13) Carte d'électeur (facultatif)
- 14) Le cas échéant, jugement de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle)
- 15) Attestation de responsabilité civile "Vie Privée"
- 16) En fonction de la nature du dossier, engagement de paiement ou accusé de réception de la demande d'aide sociale délivré par le C.C.A.S.
- 17) Pour les personnes âgées de moins de 65 ans sollicitant l'Aide Sociale, fournir également : soit la carte d'invalidité (taux : 80 %), soit une attestation de la CARSAT précisant leur inaptitude au travail



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.

PERSONNE DE CONFIANCE

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

Si OUI :

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

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

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

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

Prénom(s)

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 MULTIREsISTANTE

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

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

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI

NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

REEDUCATION

OUI NON

Cécité

OUI NON

Kinésithérapie

Surdité

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

--