

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

HEBERGEMENT PERMANENT, TEMPORAIRE,
ACCUEIL DE JOUR



RESIDENCE LE RUBAN D'ARGENT

Etablissement public autonome d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Version du 8 juin 2022

Chemin de la Poudrière
66380 PIA

☎ 04.68.08.37.00 - 📠 04.68.08.37.87 - ✉ ehp.ad.pia@lerubandargent.fr



COMPOSITION DU DOSSIER D'ADMISSION

Ce dossier est à renvoyer dûment rempli et accompagné des pièces demandées :

Partie administrative

- Choix de l'hébergement ou de l'accueil
- Dossier administratif CERFA
- Déclaration des revenus
- Déclaration des charges (uniquement pour les demandes d'hébergement permanent ou temporaire)
- Engagement de régler les frais de séjours
- Désignation des obligés alimentaires

Autres pièces à fournir :

- Copie du livret de famille
- Attestation d'Assurance Responsabilité Civile
- Cartes : d'identité, vitale, mutuelle, attestation de droits CPAM
- Justificatifs de revenus : retraites, pensions, loyer, trois derniers relevés bancaires, etc. (justificatifs à fournir uniquement pour les demandes d'hébergement permanent ou temporaire)
- Avis d'imposition ou de non-imposition de l'année précédente (justificatifs à fournir uniquement pour les demandes d'hébergement permanent ou temporaire)

Eventuellement, selon le cas :

- Jugement du Tribunal en cas de régime de protection juridique (tutelle, curatelle...)
- Carte d'invalidité
- Carte de séjour
- Notification de dépôt d'une demande d'aide sociale le cas échéant (uniquement pour les demandes d'hébergement permanent)

Partie médicale

- Dossier médical CERFA

Documents annexés (pour information)

- Tarification des séjours
- Tarifs des prestations annexes
- Livret d'accueil

A réception de ce dossier complet, il sera étudié en Commission d'admission et recevra un avis favorable ou défavorable qui vous sera communiqué.

En cas d'avis favorable, il vous sera demandé des pièces complémentaires afin de préparer une éventuelle entrée (selon les places disponibles).

En cas d'avis défavorable, le dossier sera détruit dans un délai de 15 jours ou restitué à votre demande.

Chemin de la Poudrière
66380 PIA

☎ 04.68.08.37.00 - ☎ 04.68.08.37.87 - ✉ ehpad.pia@lerubandargent.fr



PARTIE ADMINISTRATIVE

RESIDENCE LE RUBAN D'ARGENT

Etablissement public autonome d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes

Chemin de la Poudrière
66380 PIA

☎ 04.68.08.37.00 - 📠 04.68.08.37.87 - ✉ ehpad.pia@lerubandargent.fr

CHOIX DE L'HEBERGEMENT OU DE L'ACCUEIL

NOM :
Prénom(s) :

Veuillez choisir le type d'hébergement ou d'accueil désiré :

HEBERGEMENT PERMANENT

Date d'entrée souhaitée :
Immédiate : OUI NON
Dans les 6 mois : OUI NON
Échéance plus lointaine : OUI NON
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / ____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI NON

HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Date d'entrée souhaitée :
Immédiate : OUI NON
Dans les 6 mois : OUI NON
Échéance plus lointaine : OUI NON
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / ____
Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : ____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI NON

ACCUEIL DE JOUR

Date d'entrée souhaitée :
Immédiate : OUI NON
Dans les 6 mois : OUI NON
Échéance plus lointaine : OUI NON
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / ____

Cochez les journées souhaitées : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Demande de transport : OUI NON
(Transport organisé uniquement si l'état de santé le permet et dans la zone de Pia, Claira, Bompas, Rivesaltes et Perpignan Nord).

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance² : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI NON

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence service seniors Long séjour
EHPAD Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom

Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher la mention utile)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez :
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA en établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

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.

DECLARATION DES REVENUS

Préciser le type de revenu, l'organisme prestataire et le montant :

Type de revenu	Organisme*	Montant mensuel

* Retraites, retraites complémentaires, pension de réversion, rente viagère, revenus locatifs, autres revenus.

 **Pour chaque revenu fournir un justificatif.**

Adresse de la facturation (adresse à laquelle la facture est envoyée) :

.....

Fait à Pia,
 Le.....

Signature :
Le résident ou son représentant légal

DECLARATION DES CHARGES

(Formulaire à remplir uniquement pour les demandes d'hébergement permanent ou temporaire)

Préciser le type de charges, l'organisme prestataire et le montant :

Type de charges	Organisme*	Montant mensuel	Montant annuel
MUTUELLE			
TAXE HABITATION			
TAXE FONCIERES			
CO-PROPRIETE			
ELECTRICITE			
EAU			
ASSURANCE			

 **Pour chaque charge fournir un justificatif.**



ENGAGEMENT DE REGLER LES FRAIS D'HEBERGEMENT

Je soussigné(e).....m'engage à régler à Monsieur le Receveur de l'EHPAD Le Ruban d'argent, le montant des frais engagés par mon séjour et à supporter les augmentations qui pourraient intervenir par la modification du prix de journée ou le changement de catégorie.

Fait à Pia,

Le.....

Signature :

Le résident ou son représentant légal

*Précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »*



OBLIGATION ALIMENTAIRE (Article 250 et suivants du Code Civil)

« Les enfants doivent aliments à leurs Père et Mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin.

Les gendres et belles-filles doivent également et dans les mêmes circonstances, des aliments à leurs Beau-Père et Belle-Mère, mais cette obligation cesse lorsque celui des époux qui produisait l'affinité et les enfants issus de son union avec l'autre époux est décédés. »

Je soussigné(e) M. / Mme..... m'engage à régler à Monsieur le Receveur (Trésorerie hospitalière de Thuir), le montant des frais de séjour engagés par Monsieur, Madame

..... conformément à l'article 208 du Code Civil (« les aliments ne sont accordés que dans la proportion du besoin de celui qui les réclame, et de la fortune de celui qui les doit... ») et à supporter les augmentations qui pourraient intervenir par la modification du prix de journée ou un changement de catégorie.

Adresse :

Fait à Pia le :...../...../.....

Ecrire de sa main la mention « Lu et approuvé » :

.....

Signature :

Identité et signature du conjoint :

CHAQUE OBLIGE ALIMENTAIRE DEVRA ETABLIR UNE ATTESTATION SIMILAIRE

Article L 714-38, R 716-9-1 du Code de la Santé Publique.
Article 1326 du Code Civil.



PARTIE MEDICALE

RESIDENCE LE RUBAN D'ARGENT

Etablissement public autonome d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes

Chemin de la Poudrière
66380 PIA

☎ 04.68.08.37.00 - 📠 04.68.08.37.87 - ✉ ehpad.pia@lerubandargent.fr

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Civilité : Monsieur Madame

Demande urgente OUI NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI NON

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI NON

Coordonnées du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé¹

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Amalgissement récent²

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles ³	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) :		

Risque de chute

Oui	Non
-----	-----

Risque de fausse route

Oui	Non
-----	-----

Soins palliatifs

Oui	Non
-----	-----

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (<i>morphine, insuline, ...</i>)		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement (<i>préciser</i>) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin