RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

cerfa
N°14732*03

DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

Nom :
Prénom :
Date de dépôt : ___/___/____

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

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

Accueil de jour	**Accueil de nuit**
Date d'entrée souhaitée : ___/___/_______	Date d'entrée souhaitée : ___/___/_______
Immédiate : OUI ☐ NON ☐	Immédiate : OUI ☐ NON ☐
Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐	Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐
Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐	Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐
Date exacte (le cas échéant) : ___/___/_______	Date exacte (le cas échéant) : ___/___/_______
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____/_____	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____/_____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI ☐ NON ☐	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : http://www.service-public.fr/.
Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :
Le dossier comporte :

- **un volet administratif :** il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.) ;
  Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal.
- **un volet médical :** il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes[1] :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Justificatifs attestant du montant de retraite

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (via trajectoire le cas échéant).

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département.
Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

[1] Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

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 aidant[1] : OUI ☐ NON ☐

Désignation d'une personne de confiance[2] : 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 séniors ☐ 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 code de l'action sociale et des familles.

[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 code de l'action sociale et des familles (D. 311-0-4 CASF)).

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

SAAD[1] ☐ SSIAD[2] ☐ SPASAD[3] ☐ 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...)[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)**

Personne A : Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Adresse 1

N° Voie, rue, boulevard

Code postal ☐☐☐☐☐ Commune/ville

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

Adresse email_____@_____

Proche aidant : OUI ☐ NON ☐

Personne de confiance : OUI ☐ NON ☐

Personne B : Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Adresse 2

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 COURS[1] ☐

Si OUI, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Habilitation familiale[2] ☐

Mandat de protection future[3] actif[4] ☐ 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 une ou plusieurs cases)

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 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.

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL À 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 difficile[1] ☐

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 anticipées[2] ? 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 santé[1]
	ALD : OUI ☐ NON ☐

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

Taille		Poids		Amaigrissement récent[2]	Oui	Non

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI☐ NON ☐		

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 / Ne sait pas	*si oui, précisez :*	
		date du dernier prélèvement :	

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			
Elimination	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		
Gastrostomie		

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

[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).

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

Durée du soin :
Type de pansement *(préciser)* :

Commentaires (MMS, évaluation gérontologique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)
Signature, date et cachet du médecin