



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé  
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale



**RÉSIDENCE  
SAINT-JACQUES**  
EHPAD GRENADE - CADOURS

**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

**Merci de préciser le ou les site(s) d'hébergement souhaité(s) :**

**Site de Grenade – Chemin de Piquette – BP 52 - 31330 GRENADE**

Tél : 05 62 79 87 60 / Fax : 05 62 79 87 69

Mail : [accueil.grenade@ehpad-grenade-cadours.com](mailto:accueil.grenade@ehpad-grenade-cadours.com)

Site internet : [www.ehpad-grenade-cadours.com](http://www.ehpad-grenade-cadours.com)

**Site de Cadours – 2 A Chemin d'En Palanque – 31480 CADOURS**

Tél : 05 61 09 63 00 / Fax : 05 61 85 23 92

Mail : [accueil.cadours@ehpad-grenade-cadours.com](mailto:accueil.cadours@ehpad-grenade-cadours.com)

Site internet : [www.ehpad-grenade-cadours.com](http://www.ehpad-grenade-cadours.com)

**RESERVE A L'ETABLISSEMENT**

Dossier Remis / Envoyé le :

Retour le :

## 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.





## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter<sup>2</sup>

Nom .....

Prénom.....

### 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.*

**ENFANTS DU RESIDENT :**

**Toute modification (changement d'adresse ou de téléphone) devra être communiquée à l'EHPAD**

**1<sup>er</sup> Enfant :**

NOM..... Prénom..... Né (e) le..... à.....

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard.....

Code Postal..... Commune/Ville.....

Téléphone Fixe..... Téléphone Portable.....

Adresse email.....

Situation Professionnelle.....

Coordonnées employeur ou ancien employeur.....

---

**2<sup>ème</sup> Enfant :**

NOM..... Prénom..... Né (e) le..... à.....

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard.....

Code Postal..... Commune/Ville.....

Téléphone Fixe..... Téléphone Portable.....

Adresse email.....

Situation Professionnelle.....

Coordonnées employeur ou ancien employeur.....

---

**3<sup>ème</sup> Enfant :**

NOM..... Prénom..... Né (e) le..... à.....

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard.....

Code Postal..... Commune/Ville.....

Téléphone Fixe..... Téléphone Portable.....

Adresse email.....

Situation Professionnelle.....

Coordonnées employeur ou ancien employeur.....

---

**4<sup>ème</sup> Enfant :**

NOM..... Prénom..... Né (e) le..... à.....

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard.....

Code Postal..... Commune/Ville.....

Téléphone Fixe..... Téléphone Portable.....

Adresse email.....

Situation Professionnelle.....

Coordonnées employeur ou ancien employeur.....

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 .....Prénom.....

Date de naissance /...../...../...../

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement  Fin/Retour d'hospitalisation  Maintien à domicile difficile

Autres (préciser) .....

La personne concernée est elle consentante au placement en Ehpad Oui  Non

**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 MULTIRESSISTANTE

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

Cécité    
Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI  NON

REEDUCATION OUI  NON

Kinésithérapie    
Orthophonie  
Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

<b>DONNEES SUR L'AUTONOMIE</b>		A	B	C
<b>Transfert</b>				
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				

<b>SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX</b>	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		

<b>PANSEMENTS OU SOINS CUTANES</b>	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

<b>SOINS TECHNIQUES</b>	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

<b>APPAREILLAGES</b>	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pacemaker		
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**.....

**Téléphone :** / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

**Date :** / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**Signature médecin :**



## TARIFS JOURNALIERS 2018

à compter du 1er février 2018

	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	TOTAL	TOTAL MENSUEL 30 JOURS	TOTAL MENSUEL 31 JOURS
<b>GIR 1 - 2</b>	61.86 €	24.51 €	86.37 €	2 591.10 €	2 677.47 €
<b>GIR 3 - 4</b>	61.86 €	15.55 €	77.41 €	2 322.30 €	2 399.71 €
<b>GIR 5 - 6</b>	61.86 €	6.60 €	68.46 €	2 053.80 €	<b>2 122.26 € *</b>

HEBERGEMENT MOINS DE 60 ANS : 81.73 €

\* Montant restant à charge après déduction de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Montant Aide journalière APA :

GIR 1/2      17.91 €

GIR 3/4      8.95 €

Autre aide déductible : Allocation Logement CAF ou MSA (en fonction des revenus)