

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

(Arrêté du 8 septembre 2003, en application de la Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002, relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale)

- Article 1** Principe de non-discrimination
- Article 2** Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté
- Article 3** Droit à l'information
- Article 4** Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne
- Article 5** Droit à la renonciation
- Article 6** Droit au respect des liens familiaux
- Article 7** Droit à la protection
- Article 8** Droit à l'autonomie
- Article 9** Principe de prévention et de soutien
- Article 10** Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie
- Article 11** Droit à la pratique religieuse
- Article 12** Respect de la dignité de la personne et de son intimité

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

En établissement d'hébergement

En hébergement temporaire

Des outils facilitant l'entrée en Etablissement

Ce dossier unique de demande d'admission est mis à disposition des personnes âgées et leur famille afin de faciliter les démarches d'entrée en établissement d'hébergement.

Après avoir déposé sur un nombre limité d'établissements un dossier complet de demande d'admission (volet administratif + dossier médical), il est nécessaire de prendre contact avec chaque structure.

Il vous appartient de demander à chacune son projet d'établissement qui définit le cadre de référence de l'action des professionnels, du projet de vie et du projet de soin. Il diffère d'un établissement à un autre.

Vous pourrez trouver la liste complète des Etablissements d'hébergement du Département sur le site du Conseil général : www.cg64.fr

Afin de recenser les demandes et d'identifier les besoins en matière de places disponibles, le Conseil général a mis en place un logiciel de gestion quotidienne des listes d'attente, LIDIPA, disponible au sein des établissements. Pour y accéder, l'autorisation des intéressés est nécessaire.

Vous autorisez votre enregistrement sur cette liste : oui non
Vous pourrez à tout moment demander un droit d'accès, de modification et de rectification des données vous concernant (art. 34 de la loi « Informatique et Libertés »).



Beaumont

LES DIFFERENTES STRUCTURES

Les foyers logements

Ils accueillent des personnes âgées plutôt valides, dans un logement individuel avec cuisine et salle de bains. Les résidents ont à leur disposition des services facultatifs : restaurant, services ménagers, services paramédicaux, animation et activités diverses.

Les maisons de retraite et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

L'hébergement est assuré dans une chambre à un ou deux lits. Les repas sont servis aux résidents qui disposent également d'autres services (entretien du linge, animation...). Certaines maisons de retraite possèdent une petite unité de vie qui accueille des personnes dépendantes sur le plan psychique.

Les unités de soins de longue durée

Généralement installées dans des établissements hospitaliers, ces structures accueillent des personnes dont l'état de santé nécessite une prise en charge importante en matière de soins et de surveillance médicale.

Les accueils de jour

Ils prennent en charge, une ou plusieurs fois par semaine, des personnes présentant une maladie d'Alzheimer (ou autre type de maladie de la mémoire) et vivant à domicile. Les objectifs principaux sont de préserver, maintenir voire restaurer l'autonomie et de favoriser le maintien à domicile.

Les hébergements temporaires

Certaines structures proposent des places d'hébergement sur une période limitée pour relayer les aidants familiaux.

Le montant des frais de séjours

La facturation, propre à chaque établissement, comprend :

- Un tarif journalier hébergement qui correspond au gîte et au couvert.
- Un tarif journalier dépendance (définie par la grille AGGIR) qui permet la prise en charge de la perte d'autonomie.
- Un tarif soins pris en charge par les organismes d'assurance-maladie pour les assurés sociaux

Les aides financières possibles

L'allocation logement ou l'aide personnalisée au logement, sous condition de ressources. Contacter la Caisse d'Allocations Familiales ou la Mutualité Sociale Agricole du lieu de résidence.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), sous conditions d'âge et de dépendance (Groupe Iso-Ressources ou GIR). Contacter le pôle gérontologique du Conseil Général.

L'aide sociale à l'hébergement peut prendre en charge le tarif hébergement et éventuellement la participation au tarif dépendance lorsque la personne dispose de ressources insuffisantes et que l'établissement est habilité – Contacter la mairie ou le Centre Communal d'Action Sociale du lieu de résidence.

En conclusion, le futur résident aura à sa charge :

- Le tarif hébergement sauf s'il est bénéficiaire de l'aide sociale
- Le tarif GIR 5-6 qui équivaut au ticket modérateur, non pris en charge par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

LES MODALITES D'HEBERGEMENT A SE FAIRE PRECISER

Le logement

Surface. Equipement sanitaire.
Fourniture et prestation : eau, électricité, chauffage, télévision, téléphone, ménage.

La restauration

Nombre de repas par jour. Service en salle à manger et/ou en chambre.
Possibilité de repas pour invités.

Le linge et son entretien

Type de linge fourni et entretenu par l'établissement.
Entretien du linge personnel.

Les autres prestations

Coiffure, transports, etc. assurés par l'établissement ou par des prestataires extérieurs.

Les animations

Types et fréquences des animations assurées par l'établissement ou par des prestataires extérieurs.

Les soins médicaux et paramédicaux

Organisation des soins en vigueur dans la structure.
Prestations assurées par du personnel interne ou externe.
Présence de soignants en continu. Pédicure.

L'aide aux actes essentiels de la vie

Prise en charge de l'aide à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, aux déplacements.
Prise en charge des protections pour incontinence.

Les conditions financières

Paiement d'un dépôt de garantie. Versement d'arrhes à la réservation.
Montant des frais de séjour et des différentes prestations.
Habilitation aide sociale, Aide Personnalisée au Logement ou Allocation Logement
Conditions de facturation en cas d'hospitalisation ou d'absence.
Date d'arrêt de la facturation en cas de décès ou de départ volontaire.

La représentation des résidents

Modalités de participation et fréquence de réunions du Conseil de la Vie Sociale.
Au moment de l'admission, un **contrat de séjour** (ne concerne pas l'accueil de jour) sera remis pour signature conjointe du résident ou de son représentant et du représentant de l'établissement.

La personne de confiance

C'est une notion qui a été créée par l'article L1111-6 du Code de la Santé Publique, lui-même issu de la loi du 4 mars 2002.

C'est la personne choisie par le patient pour l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et éventuellement recevoir l'information à sa place. Et cela en raison de la nécessité que soit apporté un consentement aux soins délivrés et au fait que certaines personnes, en raison de leur âge ou de leur état de santé, risquent de ne plus disposer d'une totale capacité de compréhension quant aux soins qui devront leur être prescrits.

La personne de confiance est donc en quelque sorte un représentant ou un mandataire du patient chargé d'être leur interlocuteur face au personnel médical au moment où celui-ci sera hors d'état de manifester sa volonté.



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 EXERÇANT 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.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint ...):

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

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

Si OUI :

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 (préciser)

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 famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 contacter⁽²⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 : IMMEDIAT DANS LES 6 MOIS ECHEANCE 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'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

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 **ALLERGIES** Si oui, préciser

| |
|--|
| |
|--|

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS OUI NON

| | | |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| Alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tabac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sevrage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

| |
|--|
| |
|--|

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité
Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

REEDUCATION

Kinésithérapie
Orthophonie

Autre (préciser)

| |
|--|
| |
|--|

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT 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 (<i>cris...</i>) | | |
| 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 | | |
| Gastrostomie | | |
| 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 (<i>préciser</i>) | | |

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