

**DOSSIER ADMINISTRATIF UNIQUE DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**1 ETAT CIVIL DU DEMANDEUR**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
 Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Situation familiale :  
 Célibataire   
 Vit maritalement   
 Pacsé (e)   
 Marié (e)   
 Veuf (ve)   
 séparé (e)   
 Divorcé (e)   
 Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_  
 Mesure de protection juridique :  
 Oui   
 Non   
 En cours   
 Si oui, laquelle ?  
 tutelle   
 curatelle   
 sauvegarde de justice   
 Autre, préciser : \_\_\_\_\_  
 Coordonnées du représentant légal :  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Qualité : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_

**2 PERSONNE DE CONFIANCE**

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par le demandeur ?  
 oui   
 non   
 Si c'est le cas :  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté ou de relation avec le demandeur : \_\_\_\_\_

**3 DEMANDE**

Type d'hébergement/accompagnement recherché :  
 Hébergement permanent   
 Hébergement temporaire   
 Accueil couple souhaité :  
 oui   
 non   
 Situation de la personne âgée à la date de la demande :  
 Domicile   
 chez enfant/proche   
 logement foyer   
 EHPAD   
 Hôpital   
 Autre, préciser : \_\_\_\_\_  
 Dans le cas où le demandeur ne remplit pas lui-même le document :  
 Le consentement éclairé n'a pu être recueilli   
 La personne est-elle informée de la demande ?  
 oui   
 non   
 La personne est-elle consentante (à la demande) ?  
 oui   
 non

**4 COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

Le demandeur lui-même :  
 oui   
 non   
 Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter :  
 (1) Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté ou de relation avec le demandeur : \_\_\_\_\_  
 (2) Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté ou de relation avec le demandeur : \_\_\_\_\_

**5 AIDES FINANCIERES**

Pensez-vous financer vous-même ou avec l'aide d'un tiers vos frais de séjour ?  
 oui   
 non   
 Aide sociale à l'hébergement :  
 oui   
 non   
 Demande en cours   
 Allocation logement (APL/ALS) :  
 oui   
 non   
 Demande en cours   
 Allocation personnalisée à l'autonomie :  
 oui   
 non   
 Demande en cours   
 Prestation de compensation du handicap / Allocation compensatrice pour tierce personne  
 oui   
 non

**6 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI REMPLIT LE VOLET ADMINISTRATIF DE LA DEMANDE**

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Qualité/ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée souhaitée :  
 immédiat   
 dans les 6 mois   
 échéance plus lointaine   
 Date de la demande : \_\_\_\_\_  
 Signature du demandeur ou de son représentant légal : \_\_\_\_\_  
 Signature de la personne avant établi la demande : \_\_\_\_\_