

**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 :	<input type="text"/>

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 de jour :

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

N° dossier :

Allocation logement (APL/ALS) :

oui
non
demande en cours

N° locataire :

Allocation personnalisée à l'autonomie :

oui
non
demande en cours

N° dossier :

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 :

immédiate
dans les 6 mois
dans l'année

Date de la demande :

Signature du demandeur
ou de son représentant légal :

Signature de la personne
ayant établi la demande :