



DOSSIER D'INSCRIPTION EHPAD

Date de la demande _____

NOM _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Date envisagée d'admission
(à remplir impérativement)

de 0 à 6 mois

de 7 à 12 mois

de 1 an à 2 ans

plus de 2 ans

(cadre réservé au service médical)

GIR I_I

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Identité de la personne à héberger

Civilité Monsieur Madame

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

Prénom _____

Date de naissance I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I Lieu _____

Adresse _____

 domicile I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I  portable I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I

Numéro d'immatriculation I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ II _ I _ I

Ancienne profession _____

Médecin traitant _____

Situation de famille

Célibataire Veuf (ve) Concubin Pacsé(e)
 Marié(é) Séparé(e) Divorcé(e) Nombre d'enfants I _ I _ I

Protection juridique

Bénéficiez-vous d'une protection juridique ? Oui Non Demande en cours

SI oui, laquelle ? Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité Monsieur Madame

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

Prénom _____

Date de naissance I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I Lieu _____

Adresse _____

 domicile I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I  portable I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée ? Oui Non

Si oui :

Civilité Monsieur Madame

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

Prénom _____

Date de naissance I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I Lieu _____

Adresse _____

 domicile I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I  portable I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I

Lien de parenté avec la personne concernée _____

DEMANDE

Type d'hébergement/ accompagnement recherché Permanent 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/SAD* Accueil de jour

Autre (préciser) _____

Dans tous les cas, préciser le nom et l'adresse 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

*SSIAD/SAD: Service de soins infirmiers à domicile / Service d'aide à domicile

PERSONNES A PREVENIR

La personne concernée elle-même ? Oui Non

Si ce n'est pas le cas, autres personnes à contacter :

① Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Lien de parenté avec la personne concernée _____

 domicile I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ I  portable I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ I

 travail I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ I

 e.mail@.....

② Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Lien de parenté avec la personne concernée _____

 domicile I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ I  portable I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ I

 travail I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ I

 e.mail@.....

③ Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Lien de parenté avec la personne concernée _____

 domicile I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ I  portable I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ I

 travail I _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ II _ I _ I

 e.mail@.....

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

COMMENTAIRES

Modalité de renouvellement de l'Inscription

Je soussigné(e) certifie avoir été informé(e) que la présente inscription de
M
doit être renouvelée tous les six mois, faute de quoi elle sera annulée.

Joindre une enveloppe timbrée avec le nom et l'adresse de la personne qui suit la demande.

Je m'engage à annuler cette inscription si toutefois elle n'a plus lieu d'être
(autre établissement ou décès).

Merci de joindre le dernier relevé d'imposition ou de non-imposition

A _____

Signature

Le _____