



Le d'Argent

Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes

## ADMISSION

### DOSSIER ADMINISTRATIF – Liste des pièces à fournir

- Copie du livret de famille et carte d'identité
- Responsabilité civile
- Carte vitale
- Attestation de sécurité sociale
- Carte de mutuelle
- Avis d'imposition ou non imposition
- Récapitulatif annuel des versements des retraites (avis des sommes à déclarer aux services fiscaux)
- Jugement de mise sous protection
- Relevés de compte bancaires ou postaux des 3 derniers mois
- Chèque de caution d'un montant de 1957,65 € (encaissé) à l'ordre du Trésor Public à remettre le jour de l'admission.
- Dans le cas d'une admission, souhaitez-vous le téléphone ?

Oui

Non

---

### TARIFS HEBERGEMENT AU 01/01/2019

GIR 5-6            63.15 €

GIR 3-4            71.57 €  
APA (à déduire) - 8.42 €

GIR 1-2            79.99 €  
APA (à déduire) - 16.84 €

La demande d'APA (Allocation pour Perte d'Autonomie) est à faire auprès du Conseil Général. Les dossiers peuvent être retirés en Mairie.



E d'Argent

Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes

## TROUSSEAU CONSEILLE

Désignation	Quantité	
	Été	Hiver
Argent (préciser somme)		
Blouse		
Bretelles	1	1
Ceinture	1	1
Chaussettes-collants-bas	7	7
Chaussures-Chaussons	2	2
Chemise / polo	5	5
Chemise de nuit / pyjama	7	7
Chemisier	5	5
Coiffure (casques, chapeau)	1	1
Combinaison, jupon	5	5
Corset, Gaine		
Echarpe	1	1
Foulard	1	1
Gilet	2	5
Maillot de corps	7	7
Manteau (imperméable)	1	1
Mouchoirs	7	7
Produits de toilette		
Pantalon	5	5
Pull		5
Rasoir électrique		
Réveil		
Robe de chambre	2	2
Robe, jupe	5	5
Slip ou caleçon	7	7
Soutiens gorge	7	7
Télévision		
Transistor		
Valise / Sac de voyage		
Veste	1	1
Necessaire de toilette		
A renouveler 1 fois par mois : 1 bombe à raser, du shampoing, gel douche, savon,		
Le nettoyage des vêtements fragiles (manteau, veste, tailleurs, etc...) sont à la charge des familles.		
<b>INDISPENSABLES</b>		

Les vêtements (pulls, tricotés etc ...) en pure laine ainsi que les damart, compte tenu de leur fragilité sont laissés aux soins des familles pour leur entretien et sont donc déconseillés dans le trousseau. Prévoir vêtements adéquates aux saisons (été, hiver).



Le Fil d'Argent

Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes

## PROCEDURE DE VISITE DE PRÉADMISSION A DESTINATION DES FAMILLES

L'EHPAD « Le Fil d'Argent » est un établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes (capacité de 90 chambres individuelles) situé dans le centre-ville de Bray-sur-Seine. Les entrées font suite à des difficultés de maintien ou de retour à domicile.

### Formalités d'admission :

Toutes les admissions sont précédées d'une visite de préadmission. Cette visite fait partie des formalités obligatoires.

- ❑ Dossier : Au préalable, un dossier d'admission est retiré au secrétariat ou envoyé selon la demande. Ce dossier comprend notamment des informations d'ordre administratif et financier ainsi qu'un questionnaire médical et la grille AGGIR (outil d'évaluation de la dépendance). Ceux-ci doivent être remplis, datés et signés par un médecin (traitant ou hospitalier). Le dossier dûment rempli est à retourner au bureau des admissions afin de prévoir la date de visite de pré-admission ou en attente de cette date.
- ❑ Visite de préadmission : L'équipe pluridisciplinaire (Médecin coordonnateur, psychologue, Cadre de santé, animatrice et infirmière) reçoit dans un premier temps du rendez-vous le ou la future résidente afin d'établir un dialogue, puis dans un second temps la personne avec sa famille (Il est impératif qu'un membre de la famille accompagne).  
Lors de cette visite, un dossier d'accueil est remis au futur résident ou à son représentant légal. Ce dossier comprend notamment le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, le livret d'accueil, l'organigramme de l'EHPAD, des plaquettes d'informations générales ainsi que la charte de la personne âgée accueillie.
- ❑ Commission d'admission : Suite à la visite de préadmission, la Commission d'admission se concerte afin de valider ou d'invalider la demande. Vous serez informé de la décision dans un délai de 8 jours maximum après la visite de préadmission.
- ❑ Modalités de contrat : Le contrat de séjour (obligatoire) doit être signé à l'entrée du résident (par ce dernier ou son représentant légal). Dans tous les cas, si vous souhaitez revenir sur ce contrat (souhait de changer de structure pour un rapprochement familial ou retour au domicile ou autre) nous vous invitons à mettre fin à ce contrat par écrit (lettre recommandée avec AR).

- S'en suit un préavis d'un mois que le résident peut effectuer en restant sur site ou non.
- ▣ Tarifs : Le prix de journée est fixé annuellement par le Président du Conseil Général de Seine et Marne.

### Sectorisation de l'accueil :

Les services de soins sont répartis sur 3 étages :

- ▣ Au rez-de-chaussée, accueil des personnes les plus autonomes physiquement ou cognitivement,
- ▣ Au 1<sup>er</sup> étage, les personnes atteintes de troubles cognitifs (Alzheimer et maladies apparentées),
- ▣ Au 2<sup>ème</sup> étage, les personnes présentant les handicaps physiques les plus lourds (maladie de Parkinson, hémiplegie, suites d'accidents vasculaires cérébraux,...).

Le projet d'établissement vise par cette répartition à accroître la qualité de la prise en charge en proposant notamment des formations ciblées aux agents et en appareillant chaque service de façon à ce que la population accueillie puisse bénéficier d'un matériel optimum et en adéquation avec la pathologie de chaque résident.

### Chambre :

L'établissement propose 2 types de chambres compte tenu de l'architecture du bâtiment :

- ▣ Des chambres situées dans le bâtiment dit « ancien » destinées aux résidents les plus autonomes,
- ▣ Des chambres situées dans le bâtiment dit « neuf » destinées aux résidents dépendants et nécessitant du matériel médical conséquent.

Le choix de la chambre est du ressort de l'équipe pluridisciplinaire car nous souhaitons proposer une prise en charge optimum pour chaque personne malgré les déficiences et le handicap.

N'hésitez pas à préparer la visite de pré admission en listant les questions qui restent en suspens. Nous y répondrons lors de ce rendez-vous.

Commission d'admission  
EHPAD « Le fil d'argent »



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



N° 14732\*01

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION  
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**  
ARTICLE D. 312-355-1 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)  
(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)  
(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 (joindra 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 / SAD<sup>1</sup>  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<sup>(1)</sup>

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

<sup>1</sup> 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<sup>(2)</sup>  
Nom de famille (de naissance)  
(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 sus-cité.

**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)

*(surtout, 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 COORDONNES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :**

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux	PATHOLOGIES ACTUELLES
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)**

SOINS PALIATIFS  OUI  NON  ALLERGIES  OUI  NON  Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE	OUI	NON	PORTAGE DE BACTERIE MULTIRÉSISTANTE	OUI	NON
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser (localisation, etc.) Préciser la date du dernier prélèvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Taille  Poids

FONCTIONS SENSORIELLES	OUI	NON	RISQUE DE FAUSSE ROUTE	OUI	NON	REEDUCATION	OUI	NON
Cécité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Autre (préciser)	<input type="text"/>	

**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	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Déplacements	Haut			
	Bas			
Toilette	Urinaire			
	Fécale			
Elimination	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Habillage	Se servir			
	Manger			
Alimentation	Temps			
	Espace			
Orientation				
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idees delirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)		
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		
Uréterostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MÉDECIN 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