



HE d'Argent

Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes

## ADMISSION

### DOSSIER ADMINISTRATIF – Liste des pièces à fournir

- Copie du livret de famille ou Acte de naissance
- 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 1944,32€ (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 01/01/2020

GIR 5-6            62.72 €

GIR 3-4            70.55€  
APA (à déduire) - 7.83 €

GIR 1-2            78.38 €  
APA (à déduire) - 15.66 €

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



EHPAD  
Le Fil d'Argent

Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes

## PROCEDURE DE VISITE DE PREADMISSION 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 de ville de BRAY SUR SEINE. Les entrées font suites 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 de préadmission 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 qui doit être rempli, daté et signé par un médecin (traitant ou hospitalier). Le dossier complet est à retourner au bureau des admissions afin d'y donner suite.
- Visite de préadmission : L'équipe pluridisciplinaire reçoit dans un premier temps le/la futur(e) résident(e) ; Il est impératif qu'un membre de sa famille ou un proche soit présent afin d'échanger sur la future prise en soins puis dans un second temps, la visite de l'établissement leur sera proposée.
- Commission d'admission : Suite à la visite de préadmission, la commission d'admission se concertent afin de valider ou d'invalider la demande. Vous serez informés de la décision dans un délai de 8 jours après la visite de préadmission. En cas de validation, un dossier d'admission vous sera transmis.
- Modalités de contrat : Le contrat de séjour doit être obligatoirement signé pour le jour de l'entrée, par le résident 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 accusé de réception).

Le/la résident(e) bénéficie d'un délai de quinze jours à compter de la signature du contrat pour revenir sur sa décision de souscription en étant redevable que du prix de la durée effectuée de son séjour. Au-delà du quinzième jour, s'en suit un préavis d'un mois que le/la résident(e) peut effectuer en restant sur site ou non.

- Tarif : Le prix de journée est fixé annuellement par le Président du Conseil Départemental 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 : accueil des personnes atteintes de troubles cognitifs (Alzheimer et maladies apparentées)
- Au 2<sup>ème</sup> étage : accueil des personnes présentant des handicaps physiques plus lourds (maladie de parkinson, hémiplégie, suite d'accidents vasculaires cérébraux...)

Le projet d'établissement vise, par cette répartition à accroître la qualité de la prise en soins, 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.

### Chambres :

L'établissement propose deux 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 la meilleure prise en soins possible pour chaque personne malgré les déficiences et le handicap.

N'hésitez pas à préparer la visite de préadmission en listant vos questions. Nous y répondrons lors de ce rendez-vous.

Commission d'admission  
EHPAD « Le Fil d'Argent »

## TROUSSEAU CONSEILLE

Désignation	Quantité	
	Eté	Hiver
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 (casquettes, 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
Mouchoir	7	7
Produits de toilette	A renouveler régulièrement	A renouveler régulièrement
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
<b>Nécessaire de toilette</b>		
<p><b>A renouveler 1 fois par mois</b> : bombe à raser, shampooing, gel douche, savon, dentifrice, eau de Cologne, crème hydratante visage + corps, stéra dent.</p> <p><b>et régulièrement</b> : brosse, peigne, brosse à dents.</p>		
<p>Le nettoyage des vêtements fragiles (manteau, veste, tailleurs, lainage etc...) est à la charge des familles.</p>		
<p><b>LE LINGE DOIT IMPERATIVEMENT ETRE MARQUE AVEC DES ETIQUETTES TISSEES ET COUSUES</b></p>		



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. 312-155-1 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'ÉTABLISSEMENT** (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 / 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)  
(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)  
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

Prénom(s)

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

 OUI  NON

ALLERGIES

 OUI  NON

Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

 OUI  NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT

 PAS  OUI  NON

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

 OUI  NON

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

 OUI  NON

REEDUCATION

 OUI  NON

Kinésithérapie

 

Orthophonie

 

Autre (préciser)

Cécité

 

Surdité

