



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION **- Présentation -**

Afin de faciliter les démarches des familles et des médecins traitants dans la recherche d'établissements pour l'accueil des personnes âgées, le Conseil Général de l'Ariège a décidé de simplifier les démarches d'inscription en EHPAD, en travaillant à la création d'un dossier d'inscription commun à toutes les structures d'hébergement du département.

En effet, jusqu'à ce jour, chaque établissement d'hébergement pour personnes âgées proposait un formulaire d'admission qui lui était propre. Une procédure complexe qui imposait aux familles de remplir une multitude de dossiers, présentant de surcroît les mêmes informations.

Le Conseil Général de l'Ariège a donc confié à une cellule de travail inter-établissements, la création d'un document unique d'inscription.

La vocation de cet outil est à terme de remplir deux objectifs :

- Simplifier les démarches des usagers, aussi bien, les personnes âgées et leur famille que les professionnels de santé ;
- Mieux orienter les demandes vers les établissements adaptés à la dépendance de la personne âgée.

Malgré tout le dossier unique ne dispense pas de s'informer des prestations proposées et des tarifs pratiqués car ils sont propres à chaque établissement.

FICHE ADMINISTRATIVE D'INSCRIPTION

A remplir par le demandeur

Validité du dossier : 6 mois

Partie réservée à l'établissement

N° Dossier :

Date de réception de la demande :

Etablissements choisis par ordre de préférence :

- ❖ 1 _____
- ❖ 2 _____
- ❖ 3 _____
- ❖ 4 _____
- ❖ 5 _____

Note : Le présent dossier est à déposer dans chacun des établissements choisis.

Type d'accueil souhaité :

- Hébergement permanent
- Hébergement Permanent en secteur sécurisé
- Hébergement temporaire
- Accueil de jour

Urgence de la demande :

- Le plus rapide possible
- Dans les mois à venir (6 mois max)

Chambre

- Seule
- Double
- Indifférent

Motifs de la demande

- Raison de santé
- Dépendance physique
- Isolement, solitude
- Dépendance psychique
- Habitat non adapté
- Rapprochement familial
- Autres, précisez _____

Etat civil

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date et lieu de naissance : ___ / ___ / ____ à : _____ (Dep : ___)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____

Vous êtes :

- Marié(e) Divorcé(e), séparé(e) Célibataire
 Concubin(e) Veuf(ve)

Situation actuelle

Vous êtes :

- A domicile En EHPAD A l'hôpital
 En famille d'accueil Autre, précisez _____
 Chez un parent _____

Nombres d'enfants : _____

Vous bénéficiez d'une mesure de protection :

- Oui Non

Si Oui, précisez _____

Vous bénéficiez de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA):

- Oui, précisez de quel département : _____
 Non Demande en cours

Groupe Iso Ressource (si connu) : _____

Envisagez-vous de demander à bénéficier de l'Aide Sociale ?:

- Oui Non Ne sait pas

Personnes référentes

Personne à contacter durant le séjour

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ E- Mail : _____

Lien avec le futur résident : _____

Nom du Médecin traitant : _____

Adresse : _____

Tél. _____

Infirmière ou SSIAD :

Adresse : _____

Tél. _____

Date de la demande : _____

Demande déposée par : **(Ne pas remplir si le futur résident est le demandeur)**

Nom Prénom : _____

Adresse : _____

Tel. : _____

Lien avec le futur résident : _____

Signature du demandeur

Signature du futur résident
(si le futur résident n'est pas le demandeur)