



LE BUREAU DES ENTREES

OBJET : dossier de pré-admission

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande, veuillez trouver ci-joint le dossier d'admission comprenant :

- Partie 1 : situation administrative et sociale
- Partie 2 : situation médicale (à faire remplir et tamponner par le médecin traitant ou le médecin du lieu d'hospitalisation)
- la liste des documents à fournir

Le dossier complété devra être déposé au bureau des entrées, et il sera présenté en commission d'admission.

L'admission sera prononcée par le directeur, après avis médical favorable du médecin coordonnateur.

Dans l'attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes cordiales salutations.

Le Bureau des Entrées,

Evelyne TACUSSEL

☎ 04.90.70.61.10

✉ admissions@ehpadjonquieres.fr



N° 14732*01

Ministère des affaires sociales et de la santé

**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 (3 pages) RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC .)

° UN VOLET MEDICAL (2 pages), 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 D'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 A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (3 pages)

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 Vlt 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 (Par exemple, événement familial récent, décès du conjoint ...):

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL¹

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 _____

¹ En cas de mesure de protection juridique

PERSONNE DE CONFIANCE ¹

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 ² 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

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

¹ Personne désignée conformément à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

² 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⁽²⁾

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 d'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.

**LISTE DES DOCUMENTS
A PREPARER EN VUE DE L'ADMISSION**

**Ce dossier est une demande de pré-admission.
Elle ne constitue en aucun cas un contrat entre les deux parties.**

**Nous vous invitons à prendre contact avec les établissements dans lesquels vous avez
déposé une demande en vue d'une éventuelle visite, vivement conseillée.**

- Carte nationale d'identité, livret de famille ou carte de séjour
- Attestation de sécurité sociale et de complémentaire santé (mutuelle)
- Justificatifs des retraites perçues et 3 derniers relevés de compte
- Dernier imprimé de déclaration fiscale des ressources du foyer
- Dernier Avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus
- N° d'allocataire de prestations familiales (CAF, MSA)
- Le relevé des capitaux
- Pour les propriétaires, avis fiscal de taxe foncière
- Un relevé d'identité bancaire ou postal
- Attestation de souscription d'une assurance responsabilité civile
- Si le futur résident est sous une mesure de protection juridique : la copie du jugement de tutelle ou de curatelle
- Pour une demande d'hébergement au titre de l'aide sociale, l'attestation du dépôt de dossier auprès du CCAS, s'il y a lieu.
- Certificat de non-contagiosité
- Coordonnées de vos enfants et proches - Feuillet annexe

*Ce document a été co-construit par les CLIC de Vaucluse, les équipes de Direction des établissements d'accueil
et les professionnels du secteur médico-social*

PRIX DE JOURNEE A COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2019

Prix de journée définitifs pour la dépendance qui s'appliquent au 01/01/2019 (arrêté du Conseil Départemental reçu le 15/01/2019).

Prix de journée définitifs pour l'hébergement qui s'appliquent au 01/01/2019 (arrêté du Conseil Départemental reçu le 31/01/2019).

Prix de journée définitifs pour l'hébergement des moins de 60 ans qui s'appliquent au 01/04/2018 (arrêté du Conseil Départemental reçu le 30/03/2018).

JONQUIERES	
Pensionnaires de 60 ans et plus	59.63 €/j
<i>Pensionnaires de moins de 60 ans</i>	<i>76.91 €/j</i>
	* Forfait dépendance (résidents du Vaucluse) 5.92€/j

TARIF MENSUEL JONQUIERES (31 jours)	
Pensionnaires 60 ans et plus	2032.05 €/m
<i>Pensionnaires de moins de 60 ans</i>	<i>2384.21 €/m</i>

*** ATTENTION : pour les résidents « hors Vaucluse » le forfait dépendance varie en fonction du GIR :**

GIR 1-2 : 21.98 €/j GIR 3-4 : 13.95 €/j GIR 5-6 : 5,92 €/j

**Trousseau vestimentaire idéal pour tous les résidents entrant
dans les maisons de retraite de Jonquières**

Pour les dames

- ✓ 5 soutiens gorge
- ✓ 10 culottes
- ✓ 7 robes ou 4 jupes ou 3 pantalons
- ✓ 5 vestes
- ✓ 5 pulls
- ✓ 2 paires de chaussures
- ✓ 1 paire de pantoufle
- ✓ 10 mouchoirs
- ✓ 10 paires de chaussettes ou collant
- ✓ 5 pyjamas ou chemises de nuit
- ✓ 6 chemisiers (si jupe)
- ✓ 7 tee shirts de peau
- ✓ 1 manteau
- ✓ 1 vêtement de pluie
- ✓ 1 robe de chambre
- ✓ 3 tee-shirt manches longues

Pour les messieurs

- ✓ 7 pantalons
- ✓ 5 pulls
- ✓ 5 vestes
- ✓ 7 chemises
- ✓ 10 paires de chaussettes
- ✓ 10 slips
- ✓ 7 tee shirts
- ✓ 1 blouson
- ✓ 1 vêtement de pluie
- ✓ 10 mouchoirs
- ✓ 2 paires de chaussures
- ✓ 1 paire de pantoufle
- ✓ 5 pyjamas
- ✓ 1 robe de chambre
- ✓ 1 ceinture

Le marquage du trousseau vestimentaire sera effectué par nos soins à la blanchisserie de l'EHPAD de Jonquières gratuitement, évitez les vêtements fragiles comme la laine, l'angora ou le cashmere.

Merci de déposer le trousseau à la blanchisserie de l'EHPAD de Jonquières 48 heures avant l'entrée.



Le linge doit être impérativement lavé avant d'être déposé.

Le trousseau sera vérifié par le service blanchisserie.

Merci de votre compréhension

La blanchisserie

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le 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

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS	OUI	NON
-------------------	-----	-----

OUI	NON
-----	-----

Si oui, préciser (localisation, etc.)
Préciser la date du dernier prélèvement

	OUI	NON
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille cm

Poids Kg

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON **RISQUE DE FAUSSE ROUTE** **REEDUCATION** OUI NON

Cécité OUI NON Kinésithérapie

Surdité Orthophonie

Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A ¹	B ²	C ³
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		

Localisation	
Stade	
Durée du soin	
Type de pansement	

SYMPTOMES PSYCHO - COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
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, ...)

MEDECIN 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

- ¹ A fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement
- ² B : fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement
- ³ C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement