



## **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)