



N° 14732*01

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



Foyer logements
La Falquette

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES VALIDES ET AUTONOMES**

ARTICLE D.312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

L'ETABLISSEMENT

FOYER-LOGEMENTS LA FALQUETTE

307, Avenue du 8 Mai 1945

83270 SAINT CYR SUR MER

Tél. 04 94 26 31 24

Fax : 04 94 26 72 50

Email : secretariat@foyerfalquette.fr – (Direction) direction@foyerfalquette.fr

Site Internet : www.lafalquette.fr

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en établissement 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,

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,
- LE LIVRET DE FAMILLE
- LA PIECE D'IDENTITE
- L'ATTESTATION DE LA CARTE VITALE
- LA CARTE MUTUELLE
- L'ORDONNANCE DU TRIBUNAL EN CAS DE PROTECTION JUDICIAIRE (curatelle, tutelle)
- PHOTO D'IDENTITE RECENTE OU PHOTO AU MEME FORMAT

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, IL PEUT VOUS ETRE DEMANDE UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER NOTRE ETABLISSEMENT

Précision : le Foyer-Logements la Falquette est habilité à l'aide sociale (aide versée sous conditions pour financier en partie ou totalement les frais d'hébergement). S'adresser au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la commune de la personne concernée.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM d'usage _____

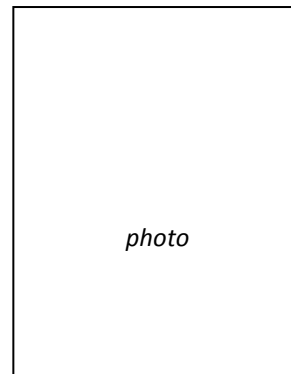
Prénom(s) _____

NOM de naissance _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

Lieu de naissance _____ Pays ou département _____

N° d'immatriculation (sécu) _____



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 (évènement familial récent, décès du conjoint...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

NOM d'usage _____ Prénom(s) _____

NOM de naissance _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

Lieu de naissance _____ Pays ou département _____

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal _____ Commune/Ville _____

Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____

Adresse email _____

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si OUI :

NOM d'usage _____ Prénom(s) _____

NOM de naissance _____

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
Type appartement : studio chambre

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile Chez enfant/proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD/SAD¹ Accueil de jour
Autre (précisez) _____

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⁽¹⁾

NOM d'usage _____ Prénom(s) _____

NOM de naissance _____

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 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 contacter²

NOM d'usage _____ Prénom(s) _____

NOM de naissance _____

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

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : Immédiat Dans les 6 mois Echéance plus lointaine

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.

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES VALIDES ET AUTONOMES (foyer-Logements...)

DOSSIER MEDICAL A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM d'usage _____ Prénom(s) _____

NOM de naissance _____

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 (prothèses, pile cardiaque...) *renseignements utiles d'appel des services d'urgence*

REGIME ALIMENTAIRE

ALLERGIES OUI NON Si oui, à préciser _____

CONDUITES A RISQUE PORTAGE DE BACTERIE CONTAGIEUSE

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

	OUI	NON
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON RISQUE DE FAUSSE ROUTE

Cécité OUI NON
Surdité

REEDUCATION OUI NON

Kinésithérapie
Orthophonie

Autre (préciser) _____

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES VALIDES ET AUTONOMES (foyer-Logements...)**

DOSSIER MEDICAL A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
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				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i>)		
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		
Gastrotomie		
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