



---

# Dossier de demande d'admission en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA)

---

**Votre demande concerne quelle(s) résidence(s) :** (choix multiple)

- Résidence Guynemer
- Résidence Les Sorbiers

**Ce dossier doit être adressé à l'adresse :**

A l'attention du Directeur  
64 Rue Georges Guynemer  
62400 Béthune

**Origine de la demande :**  Le futur locataire  Tierce personne

**Date d'entrée souhaitée :**

Immédiat  Dans 6 mois  Echéance plus lointaine

**Date de dépôt du dossier :** ...../...../.....

**Signature de la personne concernée :**

# ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

---

**Civilité :**     Monsieur                       Madame

**Nom de famille :** .....

**Nom de jeune fille :** .....

**Prénom :** .....

**Date de Naissance :** ...../...../.....

**Lieu de Naissance :** .....

**Situation familiale :**

Célibataire                       Concubinage                       Divorcé(e)                       Marié(e)

Séparé(e)                       Veuf(ve)

**Nombre d'enfants :** .....

**Département d'origine :** .....

**Adresse (N° voie, rue, boulevard) :** .....

**Code Postal :** .....

**Commune / Ville :** .....

**Téléphone fixe :** .....

**Téléphone portable :** .....

**Adresse mail :** .....

**Mesure de protection Juridique :**     Oui                       Non                       En cours

**Si oui, laquelle :**

Tutelle                       Curatelle simple                       Curatelle renforcée

Sauvegarde de justice                       Mandat de protection future

**Téléassistance :**     Oui                       Non                       En cours

*Si oui, nom et téléphone de la téléassistance :* .....

.....

.....

# DOSSIER SANTE

---

**N° Sécurité Sociale :** .....

**Régime :**

- Général       Agricole       Professionnel Indépendant       SNCF  
 RATP       Autres (à préciser) : .....

**Nom et adresse de votre Mutuelle :**

**Médecin Traitant :**

- Nom et Prénom :
- Adresse :
- Code Postal :
- Commune / Ville :
- Téléphone :

**Etablissement souhaité en cas d'hospitalisation :** .....

**Contrat obsèques :**  Oui       Non

*Si oui, les coordonnées :* .....

**Suivi CMP :**    Oui       Non  ; *Si oui, lequel :* .....

**Personne de confiance désignée :**  Oui       Non

Si oui :

- Nom :.....
- Prénom :.....
- Adresse : .....
- Code postal : .....
- Commune / Ville : .....
- Mail : .....
- Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée : .....

*Si vous souhaitez faire une demande de personne de confiance, l'établissement pourra transmettre le document.*

# L'ENTOURAGE / URGENCE

## Coordonnées des enfants et/ou de l'entourage:

Nom/Prénom/Lien	Adresse	Communication
	N° Rue : Code Postal : Ville : Priorité à prévenir :	Tel Fixe : ..... Tel Portable : ..... Adresse Mail : .....
	N° Rue : Code Postal : Ville : Priorité à prévenir :	Tel Fixe : ..... Tel Portable : ..... Adresse Mail : .....
	N° Rue : Code Postal : Ville : Priorité à prévenir :	Tel Fixe : ..... Tel Portable : ..... Adresse Mail : .....
	N° Rue : Code Postal : Ville : Priorité à prévenir :	Tel Fixe : ..... Tel Portable : ..... Adresse Mail : .....
	N° Rue : Code Postal : Ville : Priorité à prévenir :	Tel Fixe : ..... Tel Portable : ..... Adresse Mail : .....

# DOSSIER FINANCIER

---

**Aide sociale à l'hébergement** :  Oui  Non  Demande en cours envisagée

**Allocation Logement (APL)** :  Oui  Non  Demande en cours envisagée

**Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** :  Oui  Non  Demande en cours envisagée

**Ressources** :

Nom de la caisse de retraite	Montant mensuel

**Bien immobilier** :

- Propriétaire d'un bien:  Oui  Non ; Si oui, type :  Maison  Appartement
- Mise en vente :  Oui  Non
- Estimation du bien immobilier : \_\_\_\_\_

**Epargne** :

Nom du Livret	Montant

# QUESTIONNAIRE

---

**Avez-vous déposé un dossier dans d'autres Résidences Autonomie ?**  Oui  Non

**Comment avez-vous eu connaissance de la résidence ?**

- par des amis ou de la famille qui y résident
- par le bouche à oreille
- par la presse
- par des intervenants à domicile
- par votre médecin traitant
- par le site Internet du SIVOM (<http://www.sivom-bethunois.fr/>)
- autres (préciser) :.....

**Pour quelles raisons souhaitez-vous entrer dans notre résidence ?** (*choix multiple*)

- pour une sécurité
- pour avoir une habitation plus petite
- pour avoir une habitation plus adaptée à votre santé
- pour ne plus être isolé
- pour se rapprocher de la famille
- pour être aux côtés d'un membre de la famille ou un(e) ami(e) qui se trouve à l'EHPAD Frédéric DEGEORGE
- autres (préciser) :.....

**Pratiquez-vous une religion :**  Oui  Non

*Si oui, précisez :* .....

**Quelles sont les activités que vous aimeriez faire ?**

# PIECES A FOURNIR

---

## **Lors du dépôt de la demande d'admission :**

- Dossier de demande d'admission complété
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte d'identité
- Photocopie de la mutuelle
- Photocopie de la carte vitale
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Photocopie d'un relevé avec le versement des ressources
- Copie du contrat de responsabilité civile
- Attestation du médecin validant que l'état de santé de la personne âgée permet d'intégrer une résidence autonomie
- Justificatif de mise sous protection juridique

## **Lors de l'acceptation d'admission :**

- Chèque du dépôt de garantie correspondant à 31 jours d'hébergement
- Signature du contrat de séjour
- Signature du règlement de fonctionnement
- Formulaire d'autorisation de droit à l'image
- Formulaire des aides à domiciles
- Formulaire des intervenants paramédicaux
- RIB
- Acte(s) de cautionnement signé(s) par chaque enfant
- Assurance habitation pour le nouvel appartement
- Livret d'accueil + annexes (organigrammes, arrêté des personnes qualifiées, la charte des droits et libertés de la personne accueillie)