

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

### PERSONNE DE CONFIANCE

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<sup>1</sup>  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<sup>(1)</sup>

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

<sup>1</sup> 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<sup>(2)</sup>

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 à l'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.