



Village OPAD

3, rue de Dijon

76200 DIEPPE

TEL : 02-35-84-10-95

FAX : 02-35-40-37-26



Association loi 1901

Office des Personnes Agées de Dieppe

PIECES A FOURNIR POUR ETUDE DU DOSSIER EN COMMISSION D'ADMISSION :

- Le dossier de demande d'admission – Cerfa N°14732*03, dûment complété et accompagné des pièces à fournir mentionnées page 2.**
- Le dossier administratif – préadmission EHPAD, dûment complété,
- La fiche médecin traitant, dûment complétée,
- La copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition,
- La copie de la taxe foncière (*si propriétaire*),
- La copie de la responsabilité civile,
- La feuille d'accompagnement de fin de vie, dûment complétée,
- L'attestation des obligés alimentaires (*à compléter par chaque enfant*),
- Le dossier familial d'aide sociale (*dûment complété et signé mais pas daté*),
- Une photo d'identité.

A VOTRE ARRIVEE, AU SEIN DE L'EHPAD :

- Préalablement à votre arrivée, il vous sera demandé de faire enregistrer votre carte vitale et votre carte de mutuelle auprès de La Grande Pharmacie – 15 Place Nationale 76200 DIEPPE.
- A votre arrivée, vous serez accueilli(e) par un infirmier de l'établissement :
 - Celui-vous remettra un livret d'accueil,
 - Vous pourrez lui transmettre votre carte vitale et votre carte de mutuelle.
- Un rendez-vous sera organisé avec le Service Administratif et Financier (Signature du contrat d'hébergement, ...).

SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE • Tél. 02 35 84 85 55

ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES • Tél. 02 35 84 10 95

ACCUEIL DE JOUR • Tél. 02 35 84 10 95

3 rue de Dijon 76200 DIEPPE - Email : accueil.village@gmail.com • Fax 02 35 40 37 26
N°URSSAF 760 1920171229 N°INSEE 781 015 870 00038 CODE APE 8690 D



FICHE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e) Docteur..... accepte être le médecin traitant de Monsieur/Madame....., s'il(elle) est accueilli(e) au sein de l'EHPAD Village OPAD.

De ce fait, le Village OPAD pourra me contacter en cas de besoin médical dans le cadre de sa prise en soin.

Lorsque cela sera nécessaire, j'accepterai de me déplacer au Village OPAD.

Fait à

Le

Signature



cerfa
N°14732*03

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : ___ / ___	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____ Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____ Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : ___ / _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.) ;
Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal.
- **un volet médical** : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Justificatifs attestant du montant de retraite

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (via trajectoire le cas échéant).

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département.

Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance² : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI NON

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence service seniors Long séjour
EHPAD Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA...)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Personne A : Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse 1

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal Commune/ville _____

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Personne B : Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse 2

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal Commune/ville _____

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom

Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez : _____
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

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 MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Demande urgente OUI NON

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI NON

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,

rue, boulevard

Code postal

--	--	--	--	--

Commune/ville

--

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI NON

Coordonnées du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques**Pathologies actuelles et état de santé¹**

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).	

Taille
Poids
Maigrissement récent²

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles ³	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez)		

Risque de chute

Oui	Non
-----	-----

Risque de fausse route

Oui	Non
-----	-----

Soins palliatifs

Oui	Non
-----	-----

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		
Stade :		

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.

⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (<i>morphine, insuline, ...</i>)		

Durée du soin :
Type de pansement (<i>préciser</i>) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin



DOSSIER ADMINISTRATIF

Préadmission EHPAD

Nom marital :

Prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de téléphone :

Nationalité :

Profession exercée avant la retraite :

LOGEMENT ACTUEL

Situation

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seul(e) | <input type="checkbox"/> Avec un conjoint |
| <input type="checkbox"/> Avec des enfants | <input type="checkbox"/> Autre membre de la famille |

Lieu

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Maison | <input type="checkbox"/> Appartement |
| <input type="checkbox"/> RPA | <input type="checkbox"/> Autre : |

Modalités

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire (<i>nous joindre une copie de la <u>taxe foncière</u></i>) | |
| <input type="checkbox"/> Locataire | <input type="checkbox"/> Autre : |



Association loi 1901

RESSOURCES REVENUS

PENSIONS

Type	Nom	Périodicité			Montant
		Mensuel	Trimestriel	Annuel	
Retraite principale					
Retraite complémentaire 1					
Retraite complémentaire 2					
Retraite complémentaire 3					
Retraite complémentaire 4					
Autres :					

AUTRES REVENUS/RESSOURCES

TYPE	MONTANT
TOTAL :	



ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE

Nom/Prénom du Résident :

Date et lieu de Naissance :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e), quelqu'un peut le faire pour vous, devant deux témoins (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous en avez désigné(e) une). Pour cela, merci de bien vouloir compléter l'attestation ci-joint.

PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Nom/Prénom de la Personne de Confiance :

Adresse :

N° de téléphone :

Date : ... / ... /

Signature de la Personne de Confiance

Signature du Résident

Si vous souhaitez en savoir plus, vous pouvez consulter le document de la Haute Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf

DIRECTIVES ANTICIPEES

Vos souhaits quant à votre fin de vie dans le cas où vous ne seriez plus en mesure de vous exprimer.

Si vous faites l'objet d'une mesure de protection juridique, vous pouvez rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille. Votre tuteur ne peut ni vous assister ni vous représenter à cette occasion.

Hospitalisation : Oui Non

Mise en place de soins palliatifs : Oui Non

.....

.....

CHOIX FUNERAIRES

Pompes Funèbres souhaitées :

Coordonnées :

Contrat Obsèques établi : Oui / N° du contrat : Non

SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE • Tél. 02 35 84 85 55

ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES • Tél. 02 35 84 10 95

ACCUEIL DE JOUR • Tél. 02 35 84 10 95

3 rue de Dijon 76200 DIEPPE - Email : accueil.village@gmail.com • Fax 02 35 40 37 26

N°URSSAF 760 1920171229 N°INSEE 781 015 870 00038 CODE APE 8690 D



Association loi 1901

DESIGNATION DES TEMOINS

Témoïn 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que la personne de confiance désignée ci-avant / les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme

Fait le à

Signature

Témoïn 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que la personne de confiance désignée ci-avant / les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme

Fait le à

Signature

SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE • Tél. 02 35 84 85 55

ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES • Tél. 02 35 84 10 95

ACCUEIL DE JOUR • Tél. 02 35 84 10 95

3 rue de Dijon 76200 DIEPPE - Email : accueil.village@gmail.com • Fax 02 35 40 37 26

N°URSSAF 760 1920171229 N°INSEE 781 015 870 00038 CODE APE 8690 D



Association loi 1901

Office des Personnes Agées de Dieppe

ATTESTATION DES OBLIGES ALIMENTAIRES

Je Soussigné(e),

Madame ou Monsieur _____

Date de Naissance _____ Lieu de Naissance _____

Demeurant à _____

Code postal _____ Ville _____

Fille / Fils de Madame ou Monsieur _____

M'engage à effectuer le paiement des factures du Village OPAD dans le cas où les ressources financières du résident, nommé ci-dessus, seraient insuffisantes, et/ou dans le cas où l'Aide Sociale à l'Hébergement serait refusée par le Conseil Départemental.

Le/...../.....
Signature

SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE • Tél. 02 35 84 85 55

ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES • Tél. 02 35 84 10 95

ACCUEIL DE JOUR • Tél. 02 35 84 10 95

3 rue de Dijon 76200 DIEPPE - Email : accueil.village@gmail.com • Fax 02 35 40 37 26

N°URSSAF 760 1920171229 N°INSEE 781 015 870 00038 CODE APE 8690 D



Association loi 1901

Office des Personnes Agées de Dieppe

FICHE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e) Docteur..... accepte être le médecin traitant de Monsieur/Madame....., s'il(elle) est accueilli(e) au sein de l'EHPAD Village OPAD.

De ce fait, le Village OPAD pourra me contacter en cas de besoin médical dans le cadre de sa prise en soin.

Lorsque cela sera nécessaire, j'accepterai de me déplacer au Village OPAD.

Fait à

Le

Signature

SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE • Tél. 02 35 84 85 55

ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES • Tél. 02 35 84 10 95

ACCUEIL DE JOUR • Tél. 02 35 84 10 95

3 rue de Dijon 76200 DIEPPE - Email : accueil.village@gmail.com • Fax 02 35 40 37 26

N°URSSAF 760 1920171229 N°INSEE 781 015 870 00038 CODE APE 8690 D

DOSSIER FAMILIAL D'AIDE SOCIALE

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

L'intéressé habite-t-il le Département depuis plus de 3 mois : OUI NON

AIDES SOLLICITÉES

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HÉBERGEMENT

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Établissement pour personnes âgées | <input type="checkbox"/> Établissement pour personnes handicapées |
| <input type="checkbox"/> Résidence Autonomie | <input type="checkbox"/> Accueil familial |

Date d'entrée :

- Première demande
- Renouvellement
- Révision

RENSEIGNEMENTS ETAT CIVIL

COMPOSITION DU FOYER

1 - LE DEMANDEUR (personne pour laquelle l'aide est demandée)

Nom

Nom de naissance

Prénoms

Date de Naissance Lieu de Naissance

Situation de la Famille :

- Célibataire Marié(e) Concubinage Personne ayant conclu un PACS
 Veuf (ve) Divorcé(e) Séparé(e) Depuis le :..... /..... /.....

Nationalité

N° de Sécurité Sociale

Est-il en activité ? oui non

2 – LE CONJOINT, CONCUBIN ou PACSE

Nom et prénoms

Nom de naissance

Date de Naissance Lieu de Naissance

n° de Sécurité Sociale

Est-il en activité ? oui non

REPRESENTANT LEGAL OUI NON DEMANDE EN COURS

Si oui, de quel type ? Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Habilitation familiale
(Joindre le Jugement)

Nom et prénom du tuteur, curateur, personne habilitée

ou nom de l'organisme chargé de la mesure :

EMAIL :@.....

ADRESSE DU DEMANDEUR AVANT L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT

(joindre un justificatif)

N° :

Bâtiment :

Étage :

Rue :

Code postal :

Commune :

Précisez s'il s'agit

Du domicile (**si oui, précisez**) Locataire Propriétaire Accueilli à titre gracieux

D'une résidence autonomie* (**si oui, précisez le nom**)

De l'accueil par un particulier à domicile à titre onéreux
dans le cadre de la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015
(**si oui, précisez le nom et prénom** de l'accueillant familial)

D'autre établissement (**si oui, précisez le nom**)

Date d'arrivée à cette adresse :..... /..... /.....

Adresse précédente (à compléter **impérativement** pour les personnes domiciliées en résidence autonomie*, en famille d'accueil ou autre établissement)

Lieu de résidence du conjoint, concubin ou membre du PACS si différente

** Nouvelle appellation des Logements Foyers issue de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement.*

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT :

TYPE D'ACCUEIL **PERMANENT** **TEMPORAIRE** **ACCUEIL DE JOUR**

DATE D'ENTRÉE :

DATE À LAQUELLE L'AIDE SOCIALE EST DEMANDÉE :/...../.....

Bénéficiez-vous d'une autre aide ?

- D'une Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) oui non
 - D'une Prestation de Compensation du Handicap (PCH) oui non
 - D'une Majoration Tierce Personne (MTP) oui non
- (versée par la Sécurité Sociale, votre caisse de retraite)
- D'une Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP) oui non

Bénéficiez-vous d'une carte d'invalidité ? (Merci de joindre le justificatif) oui non

Avez-vous été reconnu en situation de handicap avec un taux égal ou supérieur à 80% avant l'âge de 60 ans ? oui non

Avez-vous bénéficié d'une reconnaissance d'inaptitude au travail ? (Justification devant apparaître sur la notification de la caisse de retraite principale) oui non

Je soussigné(e), Monsieur, Madame,

agissant en mon nom propre

en ma qualité de représentant légal de Monsieur ou Madame

déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur la présente demande.

Fait à _____ le ____/____/____

Signature du demandeur ou de son représentant légal

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations

RESSOURCES MENSUELLES (joindre les justificatifs)

RESSOURCES	Demandeur	Conjoint (e), concubin(e) ou pacsé(e)
Salaire		
Retraite principale		
Retraite complémentaire		
Pension de réversion		
Allocation Adulte Handicapé		
Pension d'invalidité		
Majoration tierce personne		
Allocation logement		
Revenus fonciers		
Revenus des valeurs mobilières		
Pensions alimentaires		
Majoration de la vie autonome		
Rentes		
Autres		

CHARGES MENSUELLES (joindre les justificatifs)

RESSOURCES	Demandeur	Conjoint (e), concubin(e) ou pacsé(e)
Impôts, Taxes		
Mutuelle		
Responsabilité civile		
Frais de gestion de tutelle		

CAPITAUX MOBILIERS

1 – EPARGNE : livret A, LDD, compte épargne logement, plan épargne logement, valeurs mobilières, obligations, actions

Le demandeur est-il titulaire des comptes oui non *si oui, merci de joindre les justificatifs pour chacun des comptes*

2 – BIENS IMMOBILIERS (maison, appartement, terrain...)

Le demandeur est-il propriétaire de biens immobiliers ? oui non *si oui, merci de joindre les justificatifs pour chacun des biens (taxe foncière et actes notariés)*

3 – ASSURANCE VIE :

Le demandeur a-t-il souscrit à un ou des contrats assurance vie ? oui non *si oui, merci de joindre la copie du ou des contrats*

4 – CONTRAT OBSEQUES :

Le demandeur a-t-il souscrit un contrat obsèques : oui non *si oui, merci de joindre la copie du ou des contrats*

5 – DONATION :

Le demandeur a-t-il consenti une ou des donations dans les 10 dernières années ? oui non

A – Donation de liquidités (préciser la date, le montant et les coordonnées des bénéficiaires de la donation

B – Donation de biens immobiliers (préciser la date, le montant et les coordonnées des bénéficiaires de la donation et joindre la copie de l'acte notarié)

OBLIGATIONS ALIMENTAIRES

Il est fait appel à l'obligation alimentaire en matière d'aide sociale aux personnes âgées. Par contre, il n'est pas fait appel à l'obligation alimentaire en matière d'aide sociale aux personnes handicapées

Sont tenus à l'obligation alimentaire conformément au Règlement départemental d'aide sociale et aux articles 205 et suivants du Code Civil :

- Les enfants
- Les gendres et belles-filles envers leurs beaux-parents sauf si :
 - l'époux qui produisait l'affinité et les enfants issus de cette union sont décédés,
 - les époux sont divorcés.

MEMBRES DE LA FAMILLE TENUS À L'OBLIGATION ALIMENTAIRE

NOM	PRENOM	Date et lieu De naissance	Lien de parenté	Adresse

DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Je soussigné(e) (NOM Prénom)

Demeurant :

Sollicite :

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HÉBERGEMENT

- Établissement pour personnes âgées Établissement pour personnes handicapées
- Résidence Autonomie Accueil familial
- Petite unité de vie

Date d'entrée :

- AIDE MENAGERE A DOMICILE
- FRAIS DE REPAS

Conséquences de l'admission à l'aide sociale

Les personnes sollicitant l'aide sociale sont informées des dispositions suivantes :

1 - Le bénéfice de l'aide sociale est un avantage subsidiaire. Ainsi une demande d'aide sociale ne devrait être déposée qu'en cas d'insuffisance de ressources du demandeur et de ses obligés alimentaires ;

2 - Toute demande conduit obligatoirement à procéder à des enquêtes de ressources auprès :

✓ **du demandeur** (revenus professionnels, pensions, retraites, revenus fonciers, revenus immobiliers, valeur en capital des biens non productifs de revenu,...).

✓ **du conjoint et des descendants** du demandeur tels qu'ils sont prévus aux articles 205 et suivants du code civil, pour déterminer le montant de la participation pour laquelle ils sont susceptibles de contribuer.

3 - En application de l'article L132-8 du code de l'action sociale et des familles, des recours en récupération des sommes avancées au titre de l'aide sociale à l'hébergement sont exercés contre :

✓ **Le bénéficiaire de l'aide sociale dont la situation pécuniaire vient à s'améliorer ;**

✓ **Le donataire lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui l'ont précédée**

✓ **A titre subsidiaire, le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie souscrit par le bénéficiaire de l'aide sociale, à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de soixante-dix ans ;**

✓ **La succession du bénéficiaire de l'aide sociale.** L'aide sociale à l'hébergement est récupérable dès le 1^{er} euro engagé.

4 - En garantie des recours sur successions susmentionnés, des hypothèques légales peuvent être inscrites par le Président du Département sur les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (article L132-9 du code de l'action sociale et des familles);

5 - En application des articles 313.1 à 313.3 du Code Pénal, toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites pénales et le recouvrement des prestations indûment perçues.

Les informations recueillies dans ce formulaire, avec votre consentement, font l'objet d'un traitement informatique soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, qui protège les droits et libertés individuels.

Ce traitement informatique est mis en œuvre par le Département de la Seine-Maritime pour la gestion de votre demande d'aide sociale. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement.

Les destinataires des informations collectées sont les services du Département habilités à instruire les dossiers et, le cas échéant, les administrations et organismes conventionnés par celui-ci au vu de leur mission spécifique.

Les informations sont conservées conformément à l'article 1 du décret sus-cité.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité aux informations qui vous concernent et de définir le sort de vos données après votre décès.

Vous pouvez exercer ces droits par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le délégué à la protection des données – Département de la Seine-Maritime – Quai Jean Moulin – CS 56101- 76101 - Rouen Cedex ou par courriel à dpo@seinemaritime.fr

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS cedex www.cnil.fr)

Je certifie sur l'honneur :

- l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier,
- avoir pris connaissance des conséquences de l'admission à l'Aide Sociale, notamment des sanctions encourues en cas de déclaration inexacte ou incomplète.

Je m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

Toutes les réponses sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier. L'absence de dossier complet dans le délai de 6 mois, entraînera le classement sans suite de la demande d'aide sociale.

Je suis informé(e) que les agents des administrations fiscales sont habilités à communiquer aux services du Conseil départemental les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires pour instruire ma demande d'aide sociale.

Je suis informé(e) que le Président de Conseil départemental peut solliciter auprès des organismes et administrations compétentes, toute évaluation de mon patrimoine, notamment cadastral.

A : _____ le _____

Signature du demandeur ou de son représentant légal:

MAIRIE – CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Le Maire, soussigné, certifie que les renseignements fournis ont fait l'objet d'une vérification par le Centre Communal d'Action Sociale. Il atteste qu'à sa connaissance, le demandeur ne possède aucune autre source de revenus.

A

Le

Signature du Maire

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Pièces communes à toutes les demandes

État civil : photocopie	Situation financière	Ressources : justificatifs	Charges : justificatif du montant
Carte d'identité ou carte de résident ou titre de séjour en cours de validité Extrait d'acte de naissance avec mentions marginales	Copie des 3 derniers relevés bancaires	Pensions, retraites, A.A.H, indemnités Pôle Emploi, indemnités Sécurité Sociale, rente accident du travail, rente dépendance versée par la mutuelle ou la compagnie d'assurance, autres...	Mutuelle
	Justificatifs des placements financiers à la date d'entrée dans l'établissement	Notification CAF de l'allocation logement Ou preuve de dépôt suite votre entrée	Responsabilité civile
Jugement si tutelle ou curatelle	Dernier avis d'imposition sur le revenu la taxe foncière		Frais de tutelle

Pièces supplémentaires à fournir :

Établissement pour personnes âgées	Établissement pour personnes handicapées	Hébergement en accueil familial	
Bulletin d'entrée Copie intégrale du (ou des) livrets de famille	Bulletin d'entrée Décision d'orientation de la CDAPH	PA Contrat d'accueil Copie intégrale du (ou des) livrets de famille	PH Contrat d'accueil



TARIFS 2026 *(applicables au 1er Avril 2026)*

EHPAD

TARIFS HEBERGEMENT – SEJOURS PERMANENTS

+ DE 60 ANS

- 60 ANS

83,86 € / jour

107,45 € / jour

TARIFS DEPENDANCE – SEJOURS PERMANENTS

24,12 € / jour

15,30 € / jour

6,50 € / jour

Facturation du ticket modérateur défini par le Conseil Départemental – APA versée mensuellement par le Conseil Départemental à l'Etablissement

CAUTION

FACTUREE A L'ADMISSION EN SEJOUR PERMANENT

2 599,66 €

REPAS INVITE

13 € / PERSONNE

Les repas sont à réserver auprès de l'Agent d'Accueil, **minimum 48h avant**

SEJOURS TEMPORAIRES

Résident en GIR 1 ou 2

107.98 € / jour

Résident en GIR 3 ou 4

99.16 € / jour

Résident en GIR 5 ou 6

90.36 € / jour

ACCUEIL DE JOUR

44,72 € / jour

ADHESION ANNUELLE A L'ASSOCIATION

26 € / jour

RECOMMANDATIONS POUR LA COMPOSITION DU TROUSSEAU HOMME

A adapter selon les saisons, les besoins et les habitudes du résident et leur dépendance.

*10 maillots de corps en coton

*5 à 7 paires de chaussettes

*5 à 7 pyjamas

*4 chemises

*2 à 4 sweat ou pull

* Chaussures adaptées tenant bien aux pieds

* 2 paires de pantoufles adaptées tenant bien aux pieds (éviter le type mule).



*10 slips

*2 robes de chambres

*2 manteaux pour les sorties

*7 pantalons

*2 gilets

RECOMMANDATIONS POUR LA COMPOSITION DU TROUSSEAU FEMME

A adapter selon les saisons, les besoins et les habitudes du résident et leur dépendance.

*5 à 7 maillots de corps coton

*10 slips coton

* 7 soutien-gorge

* Chaussures adaptées tenant bien aux pieds

*4 sweat ou pulls

*2 robes de chambre

*7 robes ou jupes ou 5 pantalons (type jogging ou caleçon)

*2 paires de pantoufles adaptées tenant bien aux pieds (éviter le type mule).



*3 gilets

*2 manteaux pour les sorties

*7 paires de chaussettes / mi-bas

* 4 à 6 chemises de nuit

*5 chemisiers (si jupes ou pantalons)



TROUSSE DE TOILETTE

*1 rasoir électrique ou blaireau

*1 peigne ou brosse

*1 petit sac de voyage

*1 kit manucure (coupe-ongles, lime...)

Produits à renouveler :

*crème hydratante (selon les habitudes)

*dentifrice

*eau de toilette

*savon liquide ou gel douche



*verre à dents

*1 trousse de toilette

*1 sèche-cheveux

*1 Thermomètre

*mousse à raser

*brosse à dents

*shampooing



Il est impératif que chaque vêtement du trousseau soit marqué avec une étiquette cousue. Si tel n'est pas le cas, lors de l'inventaire du linge réalisé à l'entrée, celui-ci ne sera pas entretenu en lingerie. 10 marques doivent être impérativement transmises aux soignants lors de l'inventaire.



Association loi 1901

Accueil Temporaire au Village OPAD

Ce qu'il faut savoir :

- Des arrhes* sont demandées au moment de la réservation. Elles seront encaissées et valideront la réservation de la chambre. En cas d'annulation, ces arrhes ne seront pas restituées.

**D'un montant correspondant à 7 jours d'hébergement.*

- La chambre est équipée d'un lit, d'une armoire, d'un fauteuil, d'une table de chevet, d'une desserte, d'une télévision, d'un téléphone et d'une salle de douche privative.

- Trousseau à prévoir : (quantités à adaptées en fonction de la durée du séjour)

- *Vêtements adaptés à la saison (hauts, bas, manteau, ...)*
- *Pyjama/chemise de nuit*
- *Chaussures et chaussons adaptés, avec un bon maintien au pied*
- *Slips/culottes, chaussettes, soutiens gorges*
- *Trousse de toilette (brosse à dents, shampoing, gel douche...)*

- Il vous est demandé de ramener vos traitements médicaux, médicaments et ordonnances correspondantes.

- Entretien du linge :

Lors de la réservation de la chambre, il vous sera demandé le choix retenu pour l'entretien de votre linge :

- Choix n°1 : Le linge est entretenu par vos propres soins (prévoir une bannette de linge dans votre chambre).
- Choix n°2 : Le linge est directement entretenu par la lingerie de l'OPAD (*aucuns frais supplémentaires*). Pour cela, le linge devra être marqué par une étiquette cousue. A savoir que le linge ne sera pas disponible dès la date de votre sortie. Prévoir une bannette de linge à votre entrée, afin que nous puissions y mettre votre linge qui sera à venir rechercher à l'établissement dès qu'il sera disponible.