

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE**

Selon le Cerfa n° 14732*01

USLD DE CORTE

CHI Corte-Tattone

Avenue du 9 septembre

20 250 CORTE

Tél : 04 95 45 05 00 - Fax : 04 95 45 05 08



RESERVE A L'ETABLISSEMENT

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, **À METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN EXERCANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'USLD À PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.
- DES ANNEXES.

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,
- LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE (cf annexe 7).

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance
(Suivi, s'il y a lieu, par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance / /

Lieu de naissance Pays ou département

N° d'immatriculation

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

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle OUI Sauvegarde de justice NON En cours 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 de naissance
(Suivi, s'il y a lieu, par le nom d'usage)

Prénom(s)

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 de naissance

Prénom(s)

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

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/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 de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le 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

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 de naissance

(Suivi, s'il y a lieu, par le 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 : Immédiat Dans les 6 mois Echéance plus lointaine

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : / /

Date de la demande : / /

Signature de la personne concernée ou
de son représentant légal

² 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.

*L'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, peut être versée directement aux établissements.

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

NOM de naissance
(Suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

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 | PATHOLOGIES ACTUELLES |
| | |

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS OUI NON ALLERGIES OUI NON Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

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

| | |
|-----|-----|
| OUI | NON |
|-----|-----|

| | |
|---|--|
| Si oui, préciser (localisation, etc.) | |
| Préciser la date du dernier prélèvement | |

| | | |
|---------|--|--|
| Alcool | | |
| Tabac | | |
| Sevrage | | |

Taille cm

Poids kg

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON RISQUE DE FAUSSE ROUTE REEDUCATION OUI NON

Cécité OUI NON Kinésithérapie

Surdité Orthophonie

Autre (préciser)

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

| 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

ATTESTATION

Je soussigné(e) M. ou Mme.

certifie sur l'honneur n'être propriétaire d'aucun bien bâti ou non
bâti donc ne payant pas de taxe foncière.

Faite pour servir et valoir ce que de droit.

ATTESTATION DES RELEVES DE CAPITAUX PLACES IMPOSABLES OU NON

Titulaire du compte

Requérant Conjoint Concubin

REQUERANT

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

| PRODUITS | SOLDE | (1) VIREMENTS MENSUELS ET OU TRIMESTRIELS MONTANT | CAPITAL ACTUEL | INTERETS PERCUS OU CAPITALISES AU COURS DE L'ANNEE PRECEDENTE |
|---|-------|---|----------------|---|
| Compte-Chèques n° | | | | |
| Compte Bancaire n° | | | | |
| Livret d'Epargne - 1 ^{er} livret n° | | | | |
| - 2 ^{ème} livret n° | | | | |
| Livret d'Epargne Populaire (L.E.P) C.O.D.E.V.I. n° | | | | |
| Bons d'Epargne, Bons de Caisse, Bons de Capitalisation P.E.P. n° | | | | |
| Obligations – Actions S.I.C.A.V. et fonds commun de placement Bons Anonymes AUTRES : préciser | | | | |

Je soussigné (e) : (Titulaire du compte ou Représentant légal)

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

.....

Adresse :

.....

Atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

A

Le

Signature

L'établissement atteste que :

N'a pas, à ce jour, dans notre établissement, d'autres formes d'épargne que celles indiquées ci-dessus.

(1) Préciser les organismes payeurs

ANNEXE 3 :

ENGAGEMENT DE PAYER

(Articles L. 6145-11 Code de la Santé Publique et R. 6145-4 Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e), Mr/Mme/Melle :

Demeurant à :

Déclare par la présente m'engager à régler les frais de séjour et à verser les acomptes correspondants, pour mon parent :

Mr/Mme/Melle :

Lien de parenté entre les deux personnes

Enfant (article 205 Code civil)

Gendre/Belle Fille (article 206 Code civil)

Epoux (se) (article 212 Code civil)

Admis(e) à l'USLD de CORTE à partir du :

La personne reproduit de façon manuscrite la phrase suivante : « Je soussigné (e), m'engage à prendre en charge, les frais relatifs au séjour de M. ou Mme au sein de l'USLD du CHI CORTE TATONE, en cas de défaillance de celui-ci, et pour la période débutant à son admission (mentionner la date :),

pour le montant de :

Hébergement :

Plus de 60 ans : 63.95 euros (chiffres et lettres)

Moins de 60 ans : 69.54 euros (chiffres et lettres)

Dépendance :

5.80 euros (chiffres et lettres) (GIR 5& 6) ».

Fait à CORTE, le

NOM ET PRENOM

SIGNATURE

NOTICE EXPLICATIVE ENGAGEMENT DE PAYER

CORTE, le

Madame, Monsieur,

Le document « engagement de payer » vise à accepter de prendre en charge les frais relatifs au séjour de votre parent, en cas d'impossibilité pour ce dernier d'y faire face.

Cependant, vous avez la possibilité de faire appel au Centre Communal d'Action Sociale du dernier lieu de résidence de votre parent pour constituer un dossier de demande d'aide sociale. Je vous invite à vous rapprocher du bureau des entrées qui vous assistera dans cette démarche, en cas de besoin.

Dans l'hypothèse où vous ne souhaiteriez pas utiliser cette procédure, ou dans le cas d'un refus de la part du Conseil Général, j'attire votre attention sur le fait que vous serez dans l'obligation d'acquitter l'intégralité des avis de sommes à payer, en cas de défaillance du parent pour lequel vous vous engagez.

Mes services restent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

La Directrice,

C. MAGNAVACCA

AUTORISATION DE VERSER L'APA A L'ETABLISSEMENT

Monsieur le Président du Conseil Départemental,

Je soussigné (e).....

domicilié (e)

N°de dossier : , déclare sur l'honneur vouloir que l'Allocation
Personnalisée d'Autonomie soit versée directement :

à l'établissement.

Nom et adresse de l'établissement.....
.....

La somme couvrira le paiement du forfait dépendance.

Le,

Courrier à compléter et à joindre à votre dossier de demande d'APA si vous désirez que
l'APA soit versée directement à l'établissement.

TARIFS USLD**(Applicable depuis le 01 Janvier 2015)**

| PRIX DE JOURNEE | | | | | TOTAL par jour | |
|--|------------------------|---|-----------------------|--------|-----------------------|--------------------|
| FORFAIT HEBERGEMENT Plus de 60 ans | 63.95 euros | + | FORFAIT DEPENDANCE | GIR1&2 | 21.54 | 85.49 euros |
| | | | | GIR3&4 | 13.67 | 77.62 euros |
| | | | | GIR5&6 | 5.80 | 69.75 euros |

| PRIX DE JOURNEE | | TOTAL par jour |
|--|--------------------|-----------------------|
| FORFAIT HEBERGEMENT Moins de 60 ans | 69.54 euros | 69.54 euros |

Les frais de séjour sont payables au reçu de la facture, soit dans la première quinzaine du mois suivant.

En cas de modification des tarifs, l'Etablissement en avisera l'intéressé(e) ou sa famille.

TARIFS DES AUTRES PRESTATIONS

- Repas accompagnants : 12 € / repas.
- Duplicata de dossier médical : 0.40 € / copie format A4.

**DOCUMENTS ADMINISTRATIFS À FOURNIR À L'APPUI
D'UNE DEMANDE D'ENTREE A L'USLD DE CORTE**

- Un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille
- Une photocopie de l'attestation sécurité sociale à jour des droits
- Une photocopie de la carte mutuelle à jour de droits
- Un RIB
- Les justificatifs de ressources : photocopie des derniers bulletins de pension, attestation de relevés des capitaux, attestation de non imposition sur la taxe foncière, s'il y a lieu, ou tout autre justificatif
- Inscription ou non à la matrice cadastrale
- Le document engagement de payer complété et signé
- Les noms, prénoms et adresses des enfants
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu et sur la taxe foncière
- L'autorisation de verser l'APA à l'Etablissement, s'il y a lieu
- Le contrat d'assurance responsabilité civile, si la personne en possède déjà une
- La carte d'invalidité, le cas échéant
- La décision de justice en cas de mise sous protection juridique
- Document « désignation d'une personne de confiance » complété
- Document « directive anticipées » complété.

LES DOSSIERS NE SERONT INSCRITS SUR LISTE D'ATTENTE QU'UNE FOIS L'ENSEMBLE DE CES DOCUMENTS RECEPTIONNES PAR LE BUREAU DES ENTREES.