



RÉSIDENCE de l'YZE

**10, route de Chanteloup
35150 CORPS-NUDS**

Tel : 02.99.44.00.14

Fax : 02.99.44.03.34

residencedelyze@wanadoo.fr

www.residencedelyze.com

La directrice,

à

M

Madame, Monsieur,

Je vous adresse ci-joint, les documents à compléter pour une demande d'admission à la *RÉSIDENCE DE L'YZE*.

L'inscription sur notre liste d'attente ne sera effective qu'à réception de ces imprimés complétés.

Si vous souhaitez visiter la Résidence, obtenir des informations complémentaires ou prendre connaissance du contrat de séjour, vous pouvez contacter le secrétariat et convenir ensemble d'un rendez-vous.

Le prix de journée applicable au 1er Janvier 2018 s'élève pour :

 **Les résidents domiciliés en Ille et Vilaine avant leur entrée dans l'établissement :**
Tarif unique quel que soit le niveau de dépendance : 59.44 Euros

 **Les résidents domiciliés hors Ille et Vilaine avant leur entrée dans l'établissement :**
Tarifs selon le degré de dépendance au 1^{er} janvier de l'année 2018 (en référence à la grille AGGIR)

■ Résidents classés en GIR 5 et 6 :	59.44 Euros
■ Résidents classés en GIR 3 et 4 :	68.18 Euros
■ Résidents classés en GIR 1 et 2 :	76.93 Euros

Pourront venir en déduction : - l'allocation logement
- l'aide sociale aux personnes âgées

Dans le cas où votre demande ne pourrait être satisfaite immédiatement, elle fera l'objet d'une inscription sur une liste d'attente pour une durée maximale de 6 mois. **Au delà de ce délai, et sans nouvelle de votre part, elle sera considérée comme annulée.**

Dans l'attente de vous rencontrer, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de mes sentiments distingués.

La Directrice,

Mme JOURDAN



RESIDENCE de l' YZE

10, route de Chanteloup
35150 CORPS-NUDS

≡

Tel : 02.99.44.00.14

Fax : 02.99.44.03.34

residencedelyze@wanadoo.fr

DOCUMENTS A FOURNIR AVEC
LA DEMANDE D' INSCRIPTION

- ✿ Une copie complète du livret de famille,
- ✿ Une copie de l'attestation de carte vitale (*Document vert*).
- ✿ Une copie de la carte mutuelle.



N° 14732*01

Ministère des affaires sociales et de la santé

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

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

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD 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 (3 pages) RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC .)
- ° UN VOLET MEDICAL (2 pages), DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

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 .

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L 'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L 'ALLOCATION PERSONNALISEE D'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 .

PERSONNE DE CONFIANCE ¹

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 ² 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

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 _____

¹ Personne désignée conformément à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

² 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⁽²⁾

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 d'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.



**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (2 pages)**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

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 **ALLERGIES** Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE <input type="checkbox"/>	PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE <input type="checkbox"/>	NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Alcool <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser (localisation, etc.) <input type="text"/>			
Tabac <input type="checkbox"/>				
Sevrage <input type="checkbox"/>	Préciser la date du dernier prélèvement <input type="text"/>			

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RISQUE DE FAUSSE ROUTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cécité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			REEDUCATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Autre (préciser)	<input type="text"/>	

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT 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
Idees délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)		
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		
Gastrostomie		
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

- 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