



EHPAD SAINT-FRANÇOIS

Tél : 0262 90 87 69 – Fax : 0262 90 87 52 – E mail : : secdirection.mdr@asfa.re

B. P. 840 – 97476 Saint-Denis Cedex

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

**Etablissement d'Hébergement pour
Personnes Agées Dépendantes
SAINT-FRANÇOIS**

Association Saint-François d'Assise 60 rue Bertin BP 840 97476 Saint-Denis Cedex - Site : www.asfa.re - Tél 0262 90 87 00 - Fax 0262 20 02 21

■ Hôpital d'Enfants 0262 90 87 00

■ EHPAD Saint-François 0262 90 87 69

■ Résidence Retraite Médicalisée de Sainte-Clothilde 0262 93 96 00

■ Centre d'Action Médico-Sociale Précoce 0262 90 87 87

■ Institut Médico-Educatif La Montagne 0262 23 63 64

■ SESSAD IME 0262 20 17 26

■ Centre d'Education Motrice 0262 90 87 60

■ Maison d'Accueil Spécialisé 0262 90 87 60

■ Ecole de Puéricultrices 0262 90 87 77

■ IFAP 0262 90 87 07

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

A remplir par l'organisme ou la personne qui formule la demande.

Seuls les dossiers correctement remplis seront pris en compte. Merci de votre compréhension.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (concernant la personne âgée)

1) ETAT CIVIL

* NOM : _____ Nom de jeune fille (s'il y a lieu) : _____

* Prénoms (souligner le prénom usuel) : _____

* Né (é) le : ____ / ____ / ____ à : _____

* Sexe : Femme Homme

* Nom du père : _____

* Nom de la mère : _____

* Dernière adresse fixe connue (complète) : _____

Situation de famille :

Célibataire marié(e) divorcé(e) veuf (ve) vie maritale

* Profession(s) et/ ou activité(s) antérieure(s) :

Demande d'aide sociale effectuée auprès du Centre Communal d'Action Sociale de la Mairie du domicile le :

.....

Arrondissement : Est Ouest Nord Sud

Prise en charge le : ____ / ____ / _____

N° d'aide : _____

N° de personne : _____

N° de dossier : _____

2) RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

* Nom, prénoms et adresse

du conjoint : _____

* **Date du décès du conjoint** (le cas échéant) : _____

* **Des enfants :**

| Noms, prénoms | date de naissance | activité | adresse, tél. |
|---------------|-------------------|----------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Frères et sœurs :

| Noms, prénoms | date de naissance | activité | adresse, tél. |
|---------------|-------------------|----------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3) RELATIONS SOCIALES

Noms, prénoms, adresse (précise) de la (ou des) dernière (s) personne (s) qui s'est (se sont) effectivement occupée (s) de l'intéressé :

| Noms, prénoms | date de naissance | activité | adresse, tél. |
|---------------|-------------------|----------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION

* Motif de la présente demande : _____

* Placement actuel de l'intéressé : _____

* **Médecin traitant :**

Nom /Prénom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

5) ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

- **Bénéficiez-vous de l'APA à domicile ?** Oui Non

Si oui, indiquez votre degré de dépendance, GIR (1/2/3/4/5/ou 6) :

Joignez à ce dossier une copie de la notification de décision d'APA délivrée par le Conseil Général.

6) PROTECTION JURIDIQUE

Une mesure de protection juridique a-t-elle été prise ?

* Sauvegarde de justice **Oui** **Non**

* Curatelle **Oui** **Non** Nom du curateur : _____

Adresse : _____

* Tutelle **Oui** **Non** Nom du tuteur : _____

Adresse : _____

* Date de jugement _____

* Adresse du Tribunal _____

* Nom et adresse du Mandataire Spécial : _____

* Lien : _____

7) COUVERTURE SOCIALE

Numéro de Sécurité sociale: _____

- **Bénéficiez- vous de la Sécurité Sociale ?** *Oui* *Non*

A quel titre ?

- * Assuré
- * Ayant droit
- * Autre cas (commerçant, chômage...)
- * Adresse de votre caisse _____

Si vous êtes ayant droit d'un assuré :

- * adresse de la caisse : _____
- * Nom de l'assuré : _____
- * Lien de parenté : _____
- * Numéro de matricule : _____

- **Bénéficiez- vous de la CMU Complémentaire ?** *Oui* *Non*

Ou d'une mutuelle santé

Nom et adresse de l'organisme : _____

- **Bénéficiez- vous de l' ALD (affection longue durée) ?** *Oui* *Non*

Pour quelle pathologie ? _____

- **Percevez- vous l'une des prestations ci - dessous ?**

- * Allocation logement *Oui* *Non*
- * Allocation aux Adultes Handicapés *Oui* *Non*

Adresse de la Caisse d'Allocations Familiales :

Votre numéro d'allocataire : _____

8) VOS RESSOURCES

- Indiquez si vous percevez une ou plusieurs pensions :

| Nature (retraite, invalidité etc...) | N° d'inscription | Adresse de l'organisme débiteur | Périodicité (mensuelle, trimestrielle, annuelle...) | Montant |
|---|---------------------|---------------------------------|--|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

9) RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

- Etes-vous affilié à une mutuelle décès ? Oui Non

Nom et adresse de l'organisme : _____

- PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE :

| NOM – Prénom- Lien de parenté | Adresse complète | N° de tél. domicile | N° de tél. travail |
|----------------------------------|------------------|------------------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Fait à :

Le :

Signature de la personne
pour laquelle le placement
est sollicité.

Fait à :

Le :

Signature du demandeur si
celui ci est différent de
l'intéressé(e)

Après l'avoir complété, merci de bien vouloir déposer ou envoyer ce dossier à l'adresse suivante :

**EHPAD Saint-François
60 Rue Bertin BP 840
97476 SAINT DENIS Cedex**