



# HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL POUR PERSONNES ÂGÉES

Vous envisagez de vous inscrire dans un établissement d'accueil pour personnes âgées. Afin de faciliter vos démarches, le conseil général de la Manche, en lien avec ses partenaires, met à votre disposition un dossier d'inscription commun à tous les établissements du département.

Ce dossier est composé de deux parties à renseigner :

- une fiche d'inscription administrative,
- un questionnaire médical (à remplir par le médecin traitant ou hospitalier en cas d'hospitalisation).

Il vous appartient :

- d'adresser les copies de ces deux documents aux établissements de votre choix,
- de prendre contact avec ces établissements afin que votre demande d'inscription soit prise en compte.

**Retrouvez la liste des établissements pour personnes âgées sur [senior.manche.fr](http://senior.manche.fr).**

**Passé un délai de six mois** et sans nouvelles des établissements sollicités, vous êtes invités à les contacter pour confirmer (courriel, téléphone, ou courrier) le maintien de votre inscription.

Vous informerez, par ailleurs, ces établissements de toute évolution de votre situation : désistement, entrée dans une structure, modification de la situation physique, psychique et sociale...

Enfin, si vous souhaitez d'autres informations sur les démarches ou aides possibles, n'hésitez pas à prendre contact avec le CLIC (centre local d'information et de coordination) de votre secteur qui pourra vous fournir les informations utiles.

**Nom**

**Prénom**

**Date de dépôt du dossier**

**Cachet de l'établissement**

DOSSIER D'INSCRIPTION

Conseil général de la Manche  
DGA - Pôle « Solidarités, formation, jeunesse, sport et culture »  
Service des établissements  
pour personnes âgées dépendantes  
[senior.manche.fr](http://senior.manche.fr)

# FICHE D'INSCRIPTION

## État civil

- madame       mademoiselle       monsieur
- nom : .....
- nom de jeune fille : .....
- prénom : .....
- date de naissance : .....
- lieu de naissance : ..... département : .....
- profession : .....
- personne de moins de 60 ans :       oui       non

*pour les personnes de moins de 60 ans souhaitant entrer en établissement, l'accord préalable du médecin-conseil départemental est requis, quelque soit le type d'accueil demandé*

## Lieu d'habitation

- adresse : .....
- code postal : ..... commune : .....
- n° de téléphone fixe : ..... mobile : .....
- domicile de secours : .....

*il s'agit du domicile habituel de la personne, il s'acquiert par une résidence de trois mois en dehors d'un établissement social ou médico-social*

## Situation familiale

- marié(e) / en couple       célibataire       veuf (veuve)       divorcé(e) / séparé(e)
- La personne concernée vit :
- seul(e)       avec le conjoint       avec les enfants
- en établissement      (nom et lieu) : .....
- à son domicile      depuis (date) : .....
- sans aide       chez des proches
- avec aide :       aide à domicile       tierce personne
- voisin / famille       IDE/SSIAD       HAD

## Type d'hébergement sollicité

- permanent       non permanent :
- temporaire : du ..... au .....
- accueil de jour : .....
- accueil de nuit : .....

*La durée maximale dans l'année civile pour un hébergement temporaire est fixée à 3 mois en continu ou 120 jours en discontinu*

# FICHE D'INSCRIPTION (suite)

## Date d'entrée en établissement souhaitée

le plus tôt possible     dans l'année

inscription de précaution

*dans ce cas, informez l'établissement lorsque vous envisagerez votre entrée pour compléter votre dossier*

## Raisons de l'inscription

choix de vie

aggravation de la dépendance à domicile

sortie d'hôpital avec retour à domicile impossible

épuisement de l'entourage, perte de soutien familial

isolement, insécurité, lien social

inadaptation du logement

rapprochement familial

admission du conjoint en établissement

autre motif (précisez) : .....

## Demande d'inscription

faite par :     la personne concernée

la famille

la tierce personne (nom et qualité) : .....

La personne concernée :

est informée de son inscription en institution :

oui

non

est d'accord d'entrer en établissement :

oui

non

ne peut exprimer son accord

## Médecin traitant

nom : .....

adresse : .....

code postal : ..... commune : .....

téléphone : .....

# FICHE D'INSCRIPTION (suite)

## Sécurité sociale

N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Caisse d'assurance maladie : .....

adresse de la caisse : .....

Complémentaire santé / mutuelle :  oui  non

si oui, nom et adresse de l'organisme : .....

.....

Caisse d'assurance vieillesse : .....

Caisse de retraite complémentaire (toutes) : .....

.....

La personne bénéficie de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) :

non  demande en cours

oui : date du dernier plan d'aide APA : .....

groupe iso-ressources (GIR) : .....

La personne bénéficie d'une aide financière liée au handicap :

non  oui :  ACTP  MTP  PCH

La personne bénéficie d'une aide personnalisée au logement :

non  oui :  APL  allocation logement

CAF ou MSA de : .....

numéro d'allocataire : .....

## Protection juridique

La personne bénéficie d'une protection juridique :  non  demande en cours

oui :

tutelle\*  curatelle\*  sauvegarde de justice\*  mandat de protection future\*

tuteur, curateur ou mandataire : nom : .....

téléphone : .....

\* en vertu d'une décision de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, prise par le tribunal d'instance de :

.....

## Ressources

La personne dispose de ressources mensuelles (montant en €) : .....

La personne envisage de :

assurer le paiement du prix de journée sur ses revenus :

oui  non  partiellement

solliciter l'aide sociale à l'hébergement :

oui  non

# FICHE D'INSCRIPTION (suite)

## Personnes à contacter (la première citée est le référent)

nom : ..... prénom : .....  
adresse : .....  
code postal : ..... commune : .....  
n° de téléphone fixe : ..... mobile : .....  
courriel : .....  
lien de parenté ou qualité : .....

nom : ..... prénom : .....  
adresse : .....  
code postal : ..... commune : .....  
n° de téléphone fixe : ..... mobile : .....  
courriel : .....  
lien de parenté ou qualité : .....

## Les enfants (nombre et coordonnées)

nom : ..... prénom : .....  
adresse : .....  
code postal : ..... commune : .....  
n° de téléphone fixe : ..... mobile : .....  
courriel : .....

nom : ..... prénom : .....  
adresse : .....  
code postal : ..... commune : .....  
n° de téléphone fixe : ..... mobile : .....  
courriel : .....

nom : ..... prénom : .....  
adresse : .....  
code postal : ..... commune : .....  
n° de téléphone fixe : ..... mobile : .....  
courriel : .....

nom : ..... prénom : .....  
adresse : .....  
code postal : ..... commune : .....  
n° de téléphone fixe : ..... mobile : .....  
courriel : .....

# GLOSSAIRE

## **ACTP, allocation compensatrice pour tierce personne**

*versée aux personnes de moins de 60 ans par le conseil général après avis de la C OTOREP pour permettre de compenser l'impossibilité de réaliser les gestes ordinaires de la vie permet de rémunérer une tierce personne ou le personnel d'un établissement de soins, n'est pas cumulable avec l'APA.*

## **Aide sociale à l'hébergement**

*concerne la prise en charge des frais liés à l'hébergement dans les établissements habilités à l'aide sociale et ce si les ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais de séjour après mise en œuvre de l'obligation alimentaire auprès des enfants, est récupérable sur succession.*

*Pour connaître le coût et le détail exact des frais de séjour, rapprochez-vous de l'établissement choisi.*

## **APA, allocation personnalisée d'autonomie**

*versée directement à l'établissement sous forme de dotation globale dans la plupart des cas ou directement à l'utilisateur.*

## **CLIC, centre local d'information et de coordination**

*est un guichet unique, lieu d'accueil, d'écoute et d'orientation qui vise à recevoir et informer les personnes âgées de plus de 60 ans et/ou en situation de handicap et leur entourage sur les différents domaines de la vie quotidienne : les droits, les démarches administratives, les structures d'accueil, les services d'aide... Lieu d'information mais aussi d'échanges, le CLIC met en place les outils et les compétences pour organiser une collaboration entre les différents acteurs locaux sanitaires et sociaux afin de faciliter le partage d'information et le travail en réseau.*

## **ÉHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

## **GIR, groupe iso-ressources**

*échelonné de 1 à 6 (1 étant le plus élevé), le GIR représente le degré de dépendance d'une personne, le classement dans un GIR s'effectue en fonction des données recueillies par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille Aggir (autonomie gérontologie-groupe iso-ressources).*

## **HAD, hospitalisation à domicile**

## **IDE, infirmière diplômée d'État**

## **MTP, majoration pour tierce personne**

*il s'agit d'un avantage octroyé en complément d'une pension de vieillesse d'une pension d'invalidité ou d'une rente indemnisant un accident du travail ou une maladie professionnelle, n'est pas cumulable avec l'APA.*

## **PCH, prestation de compensation du handicap**

*une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées avant l'âge de 60 ans. Elle remplace progressivement l'ACTP, allocation compensatrice pour tierce personne. Ces deux prestations ne sont pas cumulables avec le versement de l'APA.*

## **SSIAD, services de soins infirmiers à domicile**

## **Tutelle, curatelle**

*il s'agit de mesures de protection juridique à l'égard des personnes dont l'altération des facultés ne leur permet plus de pourvoir seules à leurs intérêts, et lorsqu'il n'existe aucune autre solution moins contraignante, ces mesures sont confiées en priorité à la famille.*

*Pour recourir à ces mesures, seule la personne à protéger, des membres de sa famille ou d'autres proches et le procureur de la République, pourront saisir le juge des tutelles.*



# À REMPLIR PAR LE MÉDECIN ET À ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL À L'ÉTABLISSEMENT DE VOTRE CHOIX

Fait le ..... par (nom du médecin) : .....

## Personne concernée

nom : ..... prénom : .....  
âge : ..... poids : ..... taille : .....

### Motifs principaux de l'impossibilité du maintien à domicile ou dans l'institution précédente

.....  
.....  
.....  
.....

### Soins spécifiques

.....  
.....  
.....

Consultation gériatrique :  oui  non

Consultation mémoire :  oui  non

### Antécédents médicaux et chirurgicaux

.....  
.....  
.....  
.....

### Allergies connues

.....  
.....

### Mise à jour des vaccins (notamment antitétanique et antipneumococcique)

.....

### Traitement actuel (ou joindre la dernière ordonnance) :

.....  
.....  
.....  
.....

### Pathologie justifiant l'ALD

.....

Suivi par le médecin traitant en cas d'hébergement temporaire :  oui  non

