



EHPAD
d'Argent

Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes



GHT PROVINS
EST SEINE-ET-MARNE
Groupement Hospitalier de Territoire

ADMISSION

DOSSIER ADMINISTRATIF – Liste des pièces à fournir

- Copie du livret de famille (présenter l'original lors de l'admission) ou extrait de naissance pour les personnes célibataires
- Copie de la carte d'identité
- Carte vitale (à l'admission) et copie de l'attestation en cours de validité
- Copie carte de mutuelle avec droits en cours de validité
- Copie des 3 derniers relevés de tous les comptes bancaires
- Copies des justificatifs de rentes, viagers, loyers, ... perçus annuellement et/ou mensuellement
- Synthèse ou relevé des épargnes
- Copie de la déclaration des revenus
- Copie avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus
- Copie taxes foncières
- Relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou relevé d'identité postal (R.I.P.)
- Copie du jugement (tutelle, curatelle, habilitation familiale) si protection juridique
- Copie de la notification de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA)
- Justificatif de domicile de plus de 3 mois avant l'entrée en EHPAD (quittance de loyer, facture EDF ...)
- Copie de la notification de l'allocation logement
- Attestation de responsabilité civile en cours de validité
- Chèque de dépôt de garantie correspondant au tarif journalier x 31 jours (encaissé) à l'ordre du Trésor Public à remettre le jour de l'admission.

TARIFS HEBERGEMENT ET DÉPENDANCE AU 01/05/2025

GIR 5-6	76.12 €
GIR 3-4	84.27€
APA (à déduire)	- 8.15 €
GIR 1-2	92.42€
APA (à déduire)	- 16.30 €

La demande d'APA (Allocation pour Perte d'Autonomie) est à faire auprès du Département. Les dossiers peuvent être retirés en Mairie.



Le Fil d'Argent

Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes

PROCEDURE DE VISITE DE PREADMISSION A DESTINATION DES FAMILLES

L'EHPAD « Le Fil d'Argent » est un établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes (capacité de 90 chambres individuelles) situé dans le centre de ville de BRAY SUR SEINE. Les entrées font suites à des difficultés de maintien ou de retour à domicile.

Formalités d'admission :

Toutes les admissions sont précédées d'une visite de préadmission. Cette visite fait partie des formalités obligatoires.

- Dossier : Au préalable, un dossier de préadmission est retiré au secrétariat ou envoyé selon la demande. Ce dossier comprend notamment des informations d'ordre administratif et financier ainsi qu'un questionnaire médical qui doit être rempli, daté et signé par un médecin (traitant ou hospitalier). Le dossier complet est à retourner au bureau des admissions afin d'y donner suite.
- Visite de préadmission : L'équipe pluridisciplinaire reçoit dans un premier temps le/la futur(e) résident(e) ; il est impératif qu'un membre de sa famille ou un proche soit présent afin d'échanger sur la future prise en soins puis dans un second temps, la visite de l'établissement leur sera proposée.
- Commission d'admission : Suite à la visite de préadmission, la commission d'admission se concerta afin de valider ou d'invalider la demande. Vous serez informés de la décision dans un délai de 8 jours après la visite de préadmission. En cas de validation, un dossier d'admission vous sera transmis.
- Modalités de contrat : Le contrat de séjour doit être obligatoirement signé pour le jour de l'entrée, par le résident ou son représentant légal. Dans tous les cas si vous souhaitez revenir sur ce contrat (souhait de changer de structure pour un rapprochement familial ou retour au domicile ou autre) nous vous invitons à mettre fin à ce contrat par écrit (lettre recommandée avec accusé de réception).

Le/la résident(e) bénéficie d'un délai de quinze jours à compter de la signature du contrat pour revenir sur sa décision de souscription en étant redevable que du prix de la durée effectuée de son séjour. Au-delà du quinzième jour, s'en suit un préavis d'un mois que le/la résident(e) peut effectuer en restant sur site ou non.

- Tarif : Le prix de journée est fixé annuellement par le Président du Conseil Départemental de Seine et Marne.

Sectorisation de l'accueil :

Les services de soins sont répartis sur 3 étages :

- Au rez-de-chaussée : accueil des personnes les plus autonomes physiquement ou cognitivement.
- Au 1^{er} étage : accueil des personnes atteintes de troubles cognitifs (Alzheimer et maladies apparentées)
- Au 2^{ème} étage : accueil des personnes présentant des handicaps physiques plus lourds (maladie de parkinson, hémiplegie, suite d'accidents vasculaires cérébraux...)

Le projet d'établissement vise, par cette répartition à accroître la qualité de la prise en soins, en proposant notamment des formations ciblées aux agents et en appareillant chaque service de façon à ce que la population accueillie puisse bénéficier d'un matériel optimum et en adéquation avec la pathologie de chaque résident.

Chambres :

L'établissement propose deux types de chambres compte tenu de l'architecture du bâtiment :

- Des chambres situées dans le bâtiment dit « ancien » destinées aux résidents les plus autonomes
- Des chambres situées dans le bâtiment dit « neuf » destinées aux résidents dépendants et nécessitant du matériel médical conséquent.

Le choix de la chambre est du ressort de l'équipe pluridisciplinaire car nous souhaitons proposer la meilleure prise en soins possible pour chaque personne malgré les déficiences et le handicap.

N'hésitez pas à préparer la visite de préadmission en listant vos questions. Nous y répondrons lors de ce rendez-vous.

Commission d'admission
EHPAD « Le Fil d'Argent »



TROUSSEAU CONSEILLE

Désignation	Quantité	
	Été	Hiver
Bretelles		1
Ceinture		1
Chaussettes-collants-bas	4	4
Chaussures-Chaussons	1	1
Chemise / polo	4	4
Chemise de nuit / pyjama	4	4
Chemisier	3	3
Coiffure (casquettes, chapeau)	1	1
Combinaison, jupon		3
Echarpe		1
Foulard		1
Gilet	3	3
Maillot de corps		7
Manteau (imperméable)	1	1
Mouchoir		7
Pantalon	4	4
Pull	4	4
Robe de chambre	1	1
Robe, jupe	4	4
Slip ou caleçon		7
Soutiens gorge		7

Nécessaire de toilette

A renouveler 1 fois par mois : mousse à raser, shampooing, gel douche, savon, dentifrice, eau de Cologne, crème hydratante visage + corps, stéradent.

Et régulièrement : brosse, peigne, brosse à dents.

Nous n'avons pas la possibilité d'accepter les vêtements fragiles (manteau, veste, tailleur, lainage, Damart etc...) par rapport au protocole de nettoyage imposé.



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale



N° 14732*01

**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 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, 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 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 famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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 OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice 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 famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

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

Adresse email

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

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 / SAD¹ 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⁽¹⁾

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 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 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 : 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'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du 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

 OUI NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

 NE SAIT PAS OUI NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

 OUI NON

Cécité

Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

 OUI NON

REEDUCATION

 OUI NON

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
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
Idées 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