



DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

(Toute pièce manquante bloquera l'examen du dossier)
Les dossiers et pièces complémentaires sont à retourner
au 1, place de l'Eglise 57530 MAIZEROY

PIECES ADMINISTRATIVES INDISPENSABLES, sans lesquelles votre dossier ne sera pas recevable :

- Carte d'identité ou passeport**
- Attestation droits ouverts de sécurité sociale**
- Attestation carte mutuelle ou CMU complémentaire**
- Lettre de motivation**

*Avis du professionnel du
CSSRA qui a fait l'entretien
de pré-admission :*

Nom-Prénom :

Date :

Signature

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Sexe : Masculin

Féminin

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse actuelle :

Téléphone : Fixe

Mobile

Adresse courriel (e-mail) :

Nationalité :

Religion (facultatif) :

Personnes à contacter en cas d'urgence (avec N° de Téléphone) :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

SITUATION ADMINISTRATIVE

ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE couvrant les frais de séjour principaux :

- Nom de l'organisme :
- Adresse :
- Nom de l'assuré :
- N° d'immatriculation :

Couverture sociale :

Régime général	<input type="checkbox"/>	AME	<input type="checkbox"/>
Régime local	<input type="checkbox"/>	CMUC	<input type="checkbox"/>
Base	<input type="checkbox"/>	Aucune couverture	<input type="checkbox"/>

ASSURANCE ou MUTUELLE de santé complémentaire :

- Nom de l'organisme :
- N° de téléphone :
- Adresse :
- Nom de l'assuré :
- N° d'adhérent :

Les frais d'hospitalisation (ticket modérateur et forfait journalier) sont pris en charge à 100% pour les assurés du régime local et les bénéficiaires de la CMUC.

Pour les autres assurés, nous vous demandons de vérifier auprès de votre organisme mutualiste si le code discipline 214 (attribué par les autorités à l'établissement) est couvert par votre contrat. Dans le cas contraire, des frais seront à votre charge.

FICHE SOCIALE

• **SERVICE ayant fait avec le (la) patient (e) la demande de cure :**

Intitulé du service :

Nom de l'intervenant :

Adresse :

Téléphone :

(A défaut, nom de la personne ayant renseigné cette fiche et références de l'organisme)

• **SITUATION FAMILIALE DU (DE LA) PATIENT(E) :**

- célibataire marié(e) remarié(e) veuf(veuve)
 divorcé(e) concubinage séparé(e) P.A.C.S.

Depuis le :

Les enfants ou autre personnes à charge :

Nom et prénom	Sexe	Date et lieu de naissance	Situation professionnelle ou scolaire	Lien de parenté

Situation familiale particulière (enfants à charge, garde, placement, droit de visite) :

- Bénéficiez-vous d'une mesure de protection de justice : OUI NON

Si oui	
Sauvegarde de justice	<input type="checkbox"/>
Curatelle simple	<input type="checkbox"/>
Curatelle renforcée	<input type="checkbox"/>
Tutelle	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

Coordonnées téléphonique, email et adresse du partenaire

• **SITUATION PROFESSIONNELLE**

Niveau d'études Ne sait pas lire <input type="checkbox"/> N'a pas terminé le primaire <input type="checkbox"/> Niveau primaire <input type="checkbox"/> Niveau brevet des collèges <input type="checkbox"/> Niveau CAP, BEP <input type="checkbox"/> Niveau Bac <input type="checkbox"/> Niveau Bac +2 <input type="checkbox"/> Au-delà du niveau bac +2 <input type="checkbox"/>	Qualification professionnelle 	Emploi actuel
		Adresse de l'employeur

Situation du demandeur CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Indemnisé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autre (stage de formation,...) <input type="checkbox"/>	Situation du conjoint CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Indemnisé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autre (stage de formation,...) <input type="checkbox"/>
---	--

• **SITUATION FINANCIERE :**

RESSOURCES :

Salaire <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Indemnités maladie <input type="checkbox"/> Indemnités accident du travail <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité <input type="checkbox"/> Autres revenus : <input type="checkbox"/>	Allocation Adulte Handicapé <input type="checkbox"/> Indemnisation pôle-emploi (ARE,ASS) <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Autre prestation sociale <input type="checkbox"/> Aucune ressource <input type="checkbox"/> A préciser : <input type="checkbox"/>
---	---

• **SITUATION ACTUELLE AU REGARD DE L'HEBERGEMENT /LOGEMENT :**

Logement durable Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Chez des proches <input type="checkbox"/> En institution <input type="checkbox"/> Pension de famille <input type="checkbox"/>	Logement provisoire Chez des proches <input type="checkbox"/> En institution <input type="checkbox"/> CHRS <input type="checkbox"/> Etablissement pénitentiaire <input type="checkbox"/> Sans abri, sans domicile fixe <input type="checkbox"/> Autre à préciser : <input type="checkbox"/>
---	--

• **PARTENAIRES IDENTIFIES**

Identification	Coordonnées
<input type="checkbox"/> CSAPA (réfèrent)	
<input type="checkbox"/> CMP	
<input type="checkbox"/> Assistante Sociale	
<input type="checkbox"/> Justice	
<input type="checkbox"/> Autres	

Veillez préciser ci-dessous si la personne concernée par la demande de soins est dans une ou plusieurs situations évoquées dans le tableau ci-dessous :

<input type="checkbox"/> “Analphabétisme et illettrisme”, <input type="checkbox"/> “Faibles niveaux éducatifs, autres et sans précision”, <input type="checkbox"/> “Logement insalubre ou impropre à l’habitation”, <input type="checkbox"/> “Logement sans confort”, <input type="checkbox"/> “Logement inadéquat du fait de l’état de santé de la personne”, <input type="checkbox"/> “Logement en habitat temporaire ou de fortune”, <input type="checkbox"/> “Logements inadéquats, autres et non précisés”, <input type="checkbox"/> “Absence totale de revenu, d’aide et de prestation financières”, <input type="checkbox"/> “Situations de pauvreté extrême, autres et sans précision”, <input type="checkbox"/> “Bénéficiaire de la CMUc”,	<input type="checkbox"/> “Bénéficiaire de l’AME”, <input type="checkbox"/> “Bénéficiaire de minima sociaux”, <input type="checkbox"/> “Faibles revenus, autres et non précisés”, <input type="checkbox"/> “Absence de couverture sociale”, <input type="checkbox"/> “Couverture sociale et secours insuffisants, autres et non précisés”, <input type="checkbox"/> “Personne vivant seule à son domicile”, <input type="checkbox"/> “Solitudes, autres et non précisées”, <input type="checkbox"/> “Difficultés liées à la langue”, <input type="checkbox"/> “Difficultés d’acculturation, autres et non précisées”
--	---

- Vos motivations à faire ce séjour

Fait à

Le

Signature du travailleur social,

Signature du demandeur,

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je, soussigné :

Nom, prénom,

Date de naissance.....

Adresse,

.....
.....

Désigne M., Mme, Mlle

Nom, prénom,

Adresse,

.....
.....

Tél., fax,

E-mail.....@.....

Lien avec la personne (parent, proche, médecin-traitant)

.....
.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

Jusqu'à ce que j'en décide autrement

Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que M., Mme, Mlle

- ✓ Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions
- ✓ Pourra être consulté (e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans des circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultations préalable.
- ✓ Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.
- ✓ Sera informé (e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Ne désigne pas de personne de confiance

Fait à :

Le :

Signature de la personne hospitalisée :

Signature de la personne de confiance

VOLONTES RELATIVES A LA FIN DE VIE

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées » afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi le cas où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

A quoi servent les directives anticipées ?

Si, en fin de vie, vous n'êtes pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours. On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

Comment rédiger vos directives anticipées ?

⊙ Vous devez être majeur.

Vous devez être en état d'exprimer votre volonté libre et éclairée au moment de la rédaction.

⊙ Vous devez écrire vous-même vos directives.

Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance.

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à 2 témoins (dont votre personne de confiance, si vous l'avez désignée). Le document sera écrit par un des 2 témoins ou par un tiers. Les témoins en indiquant leur nom et qualité (ex : lien de parenté, personne de confiance, médecin traitant...) attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée.

⊙ Le document est valable 3 ans.

Vous devez donc les renouveler après le délai de 3 ans.

Si vous décidez de les modifier, une nouvelle période de 3 ans commence à courir.

Vous pouvez détruire les anciens documents pour éviter toute confusion.

⊙ Vous pouvez mettre dans vos directives ce que vous souhaitez comme prise en charge dans le cas d'une fin de vie (ex : qualité de vie, dignité, acceptation ou refus d'un traitement, respect de la demande de non acharnement thérapeutique, soins de confort...), et votre décision pour le don d'organes.

Quel est le poids de vos directives anticipées dans la décision médicale ?

Si vous avez rédigé des directives, le médecin doit en prendre connaissance. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale, car elles témoignent de votre volonté.

Leur contenu est prioritaire sur tout autre avis non médical, y compris sur celui de la personne de confiance.

Le médecin les appliquera, totalement ou partiellement, en fonction des circonstances, de la situation ou de l'évolution des connaissances médicales

Comment faire pour vous assurer que vos directives seront prises en compte au moment voulu ?

Il est important que vous preniez toutes les mesures pour que le médecin puisse en prendre connaissance facilement.

Pour faciliter les démarches, vous pouvez :

⊙ Remettre vos directives à votre médecin traitant,

J'ai rédigé des directives anticipées au sens de l'article R. 1111-17 du code de la santé publique pour m'exprimer sur mes volontés relatives à la fin de vie.

Je conserve mes directives

J'ai confié mes directives à

Adresse.....

Tél :

Je n'ai pas rédigé mes directives anticipées et ne souhaite pas les rédiger maintenant

Je souhaite rédiger mes directives anticipées et souhaite obtenir de l'aide pour le faire

NOM :

Prénom :

Fait à

, le

Signature :