

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 25 novembre 2019 fixant le modèle de dossier de demande unique en vue d'une admission temporaire ou permanente en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes prévu par l'article D. 312-155-1 du code de l'action sociale et des familles

NOR : SSAA1930262A

**Publics concernés :** les personnes âgées souhaitant intégrer un hébergement permanent en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les personnes âgées ayant besoin d'être accueillies temporairement dans un accueil de jour, un accueil de nuit ou un hébergement temporaire, les proches aidants aillant besoin de répit.

**Objet :** dossier de demande unique en vue d'une admission temporaire ou permanente en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

**Entrée en vigueur :** le présent arrêté entre en vigueur le lendemain de sa publication.

**Notice :** le dossier de demande unique en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) vise à prendre en compte les volets permanent et temporaire de l'accueil afin de simplifier les démarches administratives des usagers et de leurs proches aidants. L'accueil de jour, l'accueil de nuit et l'hébergement temporaire sont donc dorénavant présents. Le dossier a également été actualisé sur des aspects d'ordre médical ou concernant la protection juridique des majeurs.

**Référence :** le présent arrêté est pris en application de l'art. D. 312-155-1 du code de l'action sociale et des familles. Il peut être consulté sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr/>).

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, ses articles L. 312-1 et D. 312-155-1 ;

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le dossier de demande unique d'admission mentionné à l'article D. 312-155-1 du code de l'action sociale et des familles est conforme au dossier fixé en annexe du présent arrêté.

**Art. 2.** – La directrice générale de la cohésion sociale et la directrice de la sécurité sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 25 novembre 2019.

AGNÈS BUZYN

## ANNEXE



**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE  
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de dépôt :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ**

<b>Hébergement permanent</b>	<b>Hébergement temporaire</b>
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
<b>Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></b>	

<b>Accueil de jour</b>	<b>Accueil de nuit</b>
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : ___/___	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : ___/___
<b>Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></b>	

**Commentaire de l'établissement**

## 2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

**Attention :** Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>. Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

### Constitution du dossier :

#### Le dossier comporte :

- **un volet administratif :** il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.) ;  
Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal.
- **un volet médical :** il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

#### Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes<sup>1</sup> :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
  
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Justificatifs attestant du montant de retraite
  
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)
  
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

**Vous pouvez également consulter le site internet [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.**

Ce document Cerfa pourra alimenter le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (via trajectoire le cas échéant).

**NB :** Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

<sup>1</sup> Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

**DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT**

(4 PAGES)

**1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL****Civilité :** Monsieur  Madame 

Nom d'usage	
Nom de naissance	
Prénom(s)	

Date de naissance           Nationalité N° Sécurité sociale                N° CAF               **Situation familiale (cocher la mention utile)**Célibataire  Vie maritale  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf (vé)  Séparé(e)  Divorcé(e) 

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

Présence d'un aidant<sup>1</sup> : OUI  NON Désignation d'une personne de confiance<sup>2</sup> : OUI  NON Existence d'un animal de compagnie : OUI  NON **2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)**Domicile  Chez enfant/proche  Résidence autonomie  Résidence service seniors  Long séjour EHPAD  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_**Adresse**N° voie, rue, boulevard Code postal      Commune/ville 

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>2</sup> La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles (D. 311-0-4 CASF)).

**Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)**

SAAD<sup>1</sup>  SSIAD<sup>2</sup>  SPASAD<sup>3</sup>  Accueil de jour  HAD  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : \_\_\_\_\_

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA...)<sup>4</sup>? OUI  NON

**Contexte de la demande d'admission** (Toute information utile à préciser)
**3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

- La personne concernée elle-même : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI  NON  (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

**Personne A : Nom d'usage**

Nom de naissance

Prénom(s)


**Adresse 1**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal






Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI  NON Personne de confiance : OUI  NON **Personne B : Nom d'usage**

Nom de naissance

Prénom(s)


**Adresse 2**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal






Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI  NON Personne de confiance : OUI  NON 

<sup>1</sup> SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

<sup>2</sup> SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

<sup>3</sup> SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

<sup>4</sup> Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

#### 4. PROTECTION JURIDIQUE

**Mesure de protection juridique** : OUI  NON  EN COURS<sup>1</sup>

Si OUI, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Habilitation familiale<sup>2</sup>

Mandat de protection future<sup>3</sup> actif<sup>4</sup>  non actif

#### État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

**Civilité** : Monsieur  Madame

**Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné**

**Nom de naissance**

**Prénom(s), s'il s'agit d'une personne**

**Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement**


#### Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal      Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### 5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

**Un médecin traitant a-t-il été désigné ?** : OUI  NON

Si OUI :

Nom

Prénom


#### Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal      Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

<sup>2</sup> L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

<sup>3</sup> Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

<sup>4</sup> Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

**6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)****Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?**

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite :  Précisez : \_\_\_\_\_
- Aide sociale à l'hébergement : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI  NON  DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI  NON
- Prestation pour tierce personne : OUI  NON

**AUTRES COMMENTAIRES****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.

**DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT**

(4 PAGES)

**Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil**Demande urgente OUI  NON **Civilité :** Monsieur  Madame 

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

**Médecin qui renseigne le dossier****Nom – prénom :****Adresse :****N° de téléphone :****Contexte de la demande (cocher la mention utile)**Soutien à domicile difficile<sup>1</sup> Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie)  , le cas échéant indiquez la date de sortie : \_\_\_\_\_Changement d'établissement La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI  NON 

Si oui, dans quel service ? \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées<sup>2</sup> ? OUI  NON Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI  NON **Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)**

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,  
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI  NON **Coordonnées du médecin spécialiste :**<sup>1</sup> Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.<sup>2</sup> Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_professionnels\\_v11\\_actualisation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf)



Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques	Pathologies actuelles et état de santé <sup>1</sup>
	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).	

Taille  Poids  Amaigrissement récent<sup>2</sup>

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive			Déficiences sensorielles <sup>3</sup>			Rééducation		
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :  Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile			Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez)		

Risque de chute 

Oui	Non
-----	-----

 Risque de fausse route 

Oui	Non
-----	-----

 Soins palliatifs 

Oui	Non
-----	-----

<sup>1</sup> Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

<sup>2</sup> Perte de poids :  $\geq 5\%$  en 1 mois, ou  $\geq 10\%$  en 6 mois (HAS 2007).

<sup>3</sup> Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD - HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		

Données sur l'autonomie		A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>	Symptômes comportementaux et psychologiques <sup>4</sup>	Oui	Non
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)					Idées délirantes		
Déplacement	À l'intérieur				Hallucinations		
	À l'extérieur				Agitation, agressivité		
Toilette	Haut				Dépression, dysphorie		
	Bas				Anxiété		
Élimination	Urinaire				Exaltation de l'humeur/dysphorie		
	Fécale				Apathie, indifférence		
Habillage	Haut				Désinhibition		
	Moyen				Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
	Bas				Comportement moteur aberrant : - déambulations pathologiques - gestes incessants - risque de sorties non accompagnées		
Alimentation	Se servir				Troubles du sommeil		
	Manger				Troubles de l'appétit		
Alerter							
Orientation	Temps						
	Espace						
Cohérence	Communication						
	Comportement						

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		
Stade :		

<sup>1</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

<sup>2</sup> B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

<sup>3</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

<sup>4</sup> Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe ( <i>morphine, insuline, ...</i> )		

Durée du soin :
Type de pansement ( <i>préciser</i> ) :

**Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)**

Signature, date et cachet du médecin