



RÉSIDENCE  
*La Cordyline*  
*L'apaisement et la quiétude  
dans une ambiance familiale*

## E.A.P.A.D

### Établissement d'Accueil de Personnes Agées Dépendantes

## DOSSIER ADMINISTRATIF

### ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité  Madame  Monsieur

Nom de famille  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)  
Prénom(s)

Est actuellement :

- Domicile  
 Médipôle  
 Autres, précisez

Date de naissance

Lieu de naissance Pays ou département

N° Cafat

Aide Médicale

OUI

NON

Numéro

A

B

Province Sud

Province Nord

Province Iles

Date de début des droits

Date de début des droits

Mutuelle

OUI

NON

Numéro

Résidence La Cordyline

SNC au capital de 1.000.000 XPF

11 Avenue du Lagon – BP 10104 -98837 DUMBEA –

Tél : 35.22.25 – [secretariat@cordyline-nc.com](mailto:secretariat@cordyline-nc.com)

Ridet : 0 654 913.001



## ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

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

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

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

## SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Vit maritalement

Veuf (ve)

Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

## MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

OUI

NON

En cours

**Si oui, laquelle :**

Tutelle

Curatelle

Mandat de protection future

Sauvegarde de justice

**CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION** (évènement familial récent, décès du conjoint ...) :

## Motif du choix de cet établissement

Prix

Qualité

Bouche à oreille

Autre précisez

Secteur

Rapprochement familial

Réseaux sociaux



## MEDECINS

Médecin traitant :

- OUI  
 NON

### COORDONNEES MEDECIN TRAITANT

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

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

Adresse mail \_\_\_\_\_

Médecin Spécialiste :

- OUI  
 NON

Nom

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

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

Adresse mail \_\_\_\_\_

### Type d'hébergement/accompagnement recherché :

- Hébergement permanent  
 Hébergement temporaire  
 Accueil de jour  
 Accueil couple souhaité

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire \_\_\_\_\_

### Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile  Chez enfant/Proche  Foyer Logement  EHPAD  Hôpital  CSSR

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



## ASPECTS FINANCIERS

Un plan de financement a-t-il été constitué ?

### HEBERGEMENT :

- |                              |                              |                              |                                   |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Aides Sociales Province Sud  | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | En cours <input type="checkbox"/> |
| Aides Sociales Province Nord | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | En cours <input type="checkbox"/> |
| Aides FASSF (Cafat)          | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | En cours <input type="checkbox"/> |
| Allocation logement (FSH)    | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | En cours <input type="checkbox"/> |

### DEPENDANCE :

- |                            |                              |                              |                                   |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Aide à la dépendance (CHD) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | En cours <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|

### HANDICAP :

- |                            |                              |                              |                                   |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Allocation Handicap (CRHD) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | En cours <input type="checkbox"/> |
| Reconnaissance > 80 %      | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | En cours <input type="checkbox"/> |
| Reconnaissance < 80 %      | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | En cours <input type="checkbox"/> |

### COMMENTAIRES



## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER

Si autre, autre personne à contacter

NOM ET PRENOM

ADRESSE

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

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

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

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

### 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.

### Documents à joindre :

- Pièce d'identité
- Carte d'assuré social (Cafat/Aide Médicale)
- Les 3 derniers relevés de compte
- Le plan de financement (PAP), si déjà constitué