



Fondation Hector Otto

PRINCIPAUTÉ DE MONACO

**DOSSIER DE DEMANDE  
D'ADMISSION**



*Résidences Giaume - Chamot Drappier*



## **FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION – VOLET ADMINISTRATIF**

### **ETAT CIVIL**

Madame  Monsieur  
Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_ N° assuré social : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Nationalité monégasque :  OUI  NON Autre nationalité \_\_\_\_\_  
Nombre d'années de résidence à Monaco à la date de la présente demande : \_\_\_\_\_ ans

### **LIEU DE VIE DE LA PERSONNE A LA DATE DE LA DEMANDE**

Domicile  Chez enfant/proche  
 Résidence autonomie  EHPAD  
 Structure hospitalière  Autres, précisez : \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Adresse électronique : \_\_\_\_\_

### **CONTEXTE FAMILIAL ET ENTOURAGE**

#### **Situation de famille :**

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf (ve)

Enfants  non  oui  Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

Présence d'un aidant(s) :  OUI nombre(s) \_\_\_\_\_  NON

Désignation d'une personne de confiance :  OUI  NON

#### **Conjoint**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_



**Entourage(s)**

**Personne A :**

Proche aidant<sup>1</sup> :  OUI  NON Personne de confiance<sup>2</sup>:  OUI  NON

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**Personne B :**

Proche aidant :  OUI  NON Personne de confiance :  OUI  NON

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**Mesure de protection juridique et consentement :**

❖ Mesure de protection juridique (cocher la case correspondante)

OUI  NON  EN COURS

Depuis le : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Proche aidant « 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. »

<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 sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet



❖ Type de mesure

- Sauvegarde de justice  
 Curatelle simple       Curatelle renforcée  
 Tutelle

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné : \_\_\_\_\_

Prénom(s) s'il s'agit d'une personne : \_\_\_\_\_

Lien de parenté le cas échéant : \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

❖ Consentement

La personne a-t-elle été informée de cette demande ? :  OUI       NON

La personne concernée est-elle consentante ?  OUI       NON : .....

La demande a-t-elle été formulée par la personne elle-même et le consentement éclairé a-t-il pu être recueilli ?

OUI       NON

**Coordonnées du médecin traitant**

Un médecin traitant a-t-il été désigné ?  OUI       NON (Si oui, à compléter)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : N° de rue : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**Documents à joindre**

- Photocopie de la carte nationale d'identité
- Photocopie de la carte de résident pour les non monégasques
- Photocopie de l'attestation d'assuré social
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant) et photocopie copie (recto-verso) de la pièce d'identité de l'administrateur judiciaire





## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION - VOLET MEDICAL

### ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE D'HEBERGEMENT

Madame  
Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_

Monsieur  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
N° assuré social : \_\_\_\_\_

### MEDECIN QUI RENSEIGNE LA DEMANDE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Adresse : N° de rue : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

**Demande Urgente :**  OUI  NON

### CONTEXTE DE LA DEMANDE

Maintien à domicile difficile  Changement d'EHPAD  
 Autres

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée ?  OUI  NON  
Si oui, dans quel service ? \_\_\_\_\_

### Coordonnées du médecin traitant si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Adresse : N° de rue : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.)  
 Oui  non

### Coordonnées du médecin spécialiste

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Adresse : N° de rue : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_



Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatrique	Pathologies actuelles et état de santé
Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes, il n'est pas nécessaire de remplir le cadre)	
Vaccination : <input type="checkbox"/> DT Polio, date du dernier rappel : _____ <input type="checkbox"/> Coqueluche, date du dernier rappel : _____ <input type="checkbox"/> Pneumocoque, date du dernier rappel : _____ <input type="checkbox"/> Grippe, date du dernier rappel : _____ <input type="checkbox"/> Covid, date du dernier rappel : _____	

Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_  
 amaigrissement récent :  OUI  NON

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si oui, précisez laquelle <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ Si oui, est-elle en cours de sevrage ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui, précisez laquelle <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Gustative <input type="checkbox"/> Olfactive <input type="checkbox"/> Vestibulaire <input type="checkbox"/> Tactile			Si oui, précisez laquelle <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Autres (précisez)		



Risque de chute  Oui  non

Risque de fausse route  Oui  non

Soins palliatifs  Oui  non

Allergies  Oui  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Portage de bactérie multirésistante  Oui  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Date du dernier prélèvement : \_\_\_\_\_

<b>Données sur l'autonomie</b>		A <sup>3</sup>	B <sup>4</sup>	C <sup>5</sup>
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			
Alerter				

<b>Symptômes comportementaux et psychologiques</b>	Oui	Non	Ne sait pas
Idées délirantes			
Hallucinations			
Agitation, agressivité			
Cris			
Dépression, dysphorie			
Risque suicidaire			
Anxiété			
Exaltation de l'humeur/dysphorie			
Apathie, indifférence			
Irritabilité/instabilité de l'humeur / désinhibition			
Troubles du sommeil			
Troubles de l'appétit			

<b>Comportement moteur aberrant</b>	Oui	Non	Ne sait pas
Déambulations pathologiques			
Gestes incessants			
Risques de sorties non accompagnées			

<sup>3</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

<sup>4</sup> B = fait seul partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

<sup>5</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.





Fondation Hector Otto

PRINCIPAUTÉ DE MONACO

Soins techniques	Oui	Non	Ne sait pas
Oxygénothérapie			
- Continue			
- Non continue			
Sonde d'alimentation			
Sonde trachéotomie			
Sonde urinaire			
Gastrostomie			
Colostomie			
Urétérostomie			
Appareillage ventilatoire/ventilation non invasive (VNI)			
Chambre implantable/PICC Line			
Dialyse péritonéale			
Pompe (morphine, insuline, etc.)			

Appareillages	Oui	Non	Ne sait pas
Fauteuil roulant			
Lit médicalisé			
Matelas anti-escarres			
Déambulateur/canne			
Orthèse			
Prothèse (dont prothèse dentaire et auditive)			
Pacemaker			
Autres, à préciser			

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non	Ne sait pas
- Soins d'ulcères			
- Soins d'escarres			
Localisation :			
Stade et durée du soin :			

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, nécessité d'unité protégée, etc.), GIR =

### Documents à joindre :

- La dernière ordonnance
- La dernière biologie médicale

- Le dernier compte rendu d'hospitalisation
- L'évaluation gériatrique

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin



## **FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION - VOLET FINANCIER**

La personne ne dispose pas des revenus suffisants, en conséquence, elle (ou son représentant légal) et ses éventuels obligés alimentaires **s'engagent à déposer un dossier de demande d'aide sociale** (sous réserve d'être éligible aux critères demandés par la DASO) auprès de l'Office de Protection Sociale de Monaco.

La personne dispose des revenus suffisants et ne souhaite pas déclarer ses revenus, en conséquence, elle (ou son représentant légal) **s'engage à payer le tarif plein pour le tarif hébergement**. Dans ce cas, merci de compléter l'engagement de paiement ci-joint.

### **AVANTAGES VIEILLESSE**

(Pension, Retraite, Rente, Allocation)

<b>NATURE</b>	<b>MONTANT MENSUEL</b>	<b>OBSERVATIONS</b>



**AUTRES REVENUS ET AVANTAGES**

(Pensions, Invalidité ou Militaire, Rente Accident Travail, Rentes Viagères, Intérêts, Assurances Vie, Loyers, etc.)

NATURE	MONTANT MENSUEL	OBSERVATIONS

**AIDES DES ENFANTS OU DIVERS**

NATURE	MONTANT MENSUEL	OBSERVATIONS



## BIENS MOBILIERS ET IMMOBILIERS

NATURE	SITUATION	VALEUR ACTUELLE	REVENU ANNUEL

### Documents à joindre

- Justificatifs attestant du montant des retraites principales et complémentaires
- Justificatifs attestant du montant des aides (allocation adulte handicapée- autres allocations)
- Attestation des revenus des valeurs et capitaux mobiliers le cas échéant
- Relevé d'identité bancaire
- Engagement de paiement signé pour les personnes ne souhaitant pas déclarer leurs revenus.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce dossier.

Date de la demande : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal