



2

**PERSONNE DE CONFIANCE**

Une personne de confiance a-t-elle été désignée  
par la personne concernée ?

oui

non

Si c'est le cas :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Lien de parenté ou de relation  
avec la personne concernée :

3

**DEMANDE**

Type d'hébergement/accompagnement recherché :

Hébergement permanent  
Hébergement temporaire  
Accueil couple souhaité :

  
  

oui

non

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas lui-même  
le document :

Le consentement éclairé  
n'a pu être recueilli

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

Domicile  
chez enfant/proche  
logement foyer  
EHPAD  
Hôpital  
Autre, préciser :

  
  
  
  

La personne concernée est-elle informée de la demande ?

oui

non

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ?

oui

non

**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 :

--

Prénom :

--

Adresse :

--

Téléphone :

--

Mail :

--

Lien de parenté ou de relation avec le demandeur :

(2) Nom :

--

Prénom :

--

Adresse :

--

Téléphone :

--

Mail :

--

Lien de parenté ou de relation avec le demandeur :

--

5

**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 ou envisagée

Allocation logement (APL/ALS) :  
oui   
non   
Demande en cours ou envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie\* :  
oui   
non   
Demande en cours ou envisagée

Prestation de compensation du handicap /  
Allocation compensatrice pour tierce personne  
oui   
non

6

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI REMPLIT  
LE VOLET ADMINISTRATIF DE LA DEMANDE**

Nom :   
Prénom :   
Qualité/ Lien de parenté :   
Adresse :   
Téléphone :

**Date d'entrée souhaitée :**

immédiat   
dans les 6 mois   
échéance plus lointaine

Date de la demande :

Signature de la personne concernée  
ou de son représentant légal :

Signature de la personne  
ayant établi la demande :

\* 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.