



Maison de retraite  
Route de Saint Palais 64640 Iholdy  
Tél : 05.59.37.73.73 Fax : 05.59.37.52.49

## DOSSIER ADMINISTRATIF

### HEBERGEMENT

Nom :  
(Si Mme, nom de jeune fille suivie d'épouse X ou veuve si c'est le cas)  
Prénom :  
Sexe :  
Date de naissance : Lieu de naissance :  
Nationalité :  
Adresse :  
  
Téléphone :

Le futur résident :

Est-il informé de son éventuelle admission en maison de retraite :

Oui  Non

Est-il consentant :

Oui  Non  Impossible à évaluer

Souhaite t-il une chambre double :

Oui  Non

Où réside-t-il actuellement :

Motif d'admission évoqué par la personne qui fait la demande d'admission :

Identité de la personne qui fait la demande d'admission :

Nom, prénom : Téléphone :

En qualité de (fils, fille, conjoint, tuteur, etc...)

Médecin traitant :

Nom : Téléphone :

Protection juridique :

Oui => Coordonnées du Tuteur :

Non

---

EHPAD GOXA LEKU - 64 640 IHDY

Tél.: 05.59.37.73.73 Fax : 05.59.37.52.49

e-mail : [aapava@orange.fr](mailto:aapava@orange.fr)

**Environnement familial ou proches :**

Si modification cocher la case suivante et se reporter à la fiche rectificative

Nom – Prénom	Lien avec le résident	Adresse	Téléphone

Réfèrent familial pour l'établissement :

Personne de confiance choisie par le futur résident :

**Prise en charge financière des soins et de la dépendance**

Caisse de Sécurité Sociale :

Nom et n° d'assuré :

Caisse complémentaires maladie et/ou chirurgie et n° adhérent :

- 
- 

Une prise en charge par l'APA est-elle en place

Oui  Non

Numéro du dossier :

Taux de dépendance reconnu par l'APA : GIR 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Prise en charge financière de l'hébergement

L'admission du résident peut se faire à titre payant :

Oui  Non

Une prise en charge par l'Aide Sociale sera nécessaire :

Oui  Non



## DOSSIER ADMINISTRATIF

### HEBERGEMENT

***Revenus des différentes caisses de retraite :***

Caisses	Montant annuel

**Dispositions par rapport aux obsèques (à compléter lors de l'admission) :**

**Contrat d'obsèques**

Oui                       Non

**Société et numéro de contrat :**

**Volontés émises par la personne âgée :**

**En l'absence de contrat, la famille s'engage t-elle à prendre en charge les frais d'obsèques :**

Oui                       Non