

**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

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____	Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____
Immédiate : OUI ☐ NON ☐	Immédiate : OUI ☐ NON ☐
Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐	Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐
Échéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐	Échéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐
Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____	Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : ____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI ☐ NON ☐	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____	Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____
Immédiate : OUI ☐ NON ☐	Immédiate : OUI ☐ NON ☐
Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐	Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐
Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐	Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐
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) : ____ / ____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI ☐ NON ☐	

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 suivantes¹ :

- 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 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.

¹ 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 aidant¹ : OUI ☐ NON ☐

Désignation d'une personne de confiance² : 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 _____@_____

¹ « 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.

² 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)

SAAD¹ ☐ SSIAD² ☐ SPASAD³ ☐ 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...) ? 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 ☐

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ 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 COURS¹ ☐

Si OUI, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Habilitation familiale² ☐

Mandat de protection future³ actif⁴ ☐ 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 _____@_____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² 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).

³ 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).

⁴ 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

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Demande urgente OUI ☐ NON ☐

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 difficile¹ ☐

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 anticipées² ? 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 :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² 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

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques**Pathologies actuelles et état de santé¹**

	ALD : OUI ☐ NON ☐
Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).	

Taille

Poids

Amaigrissement
récent²

Oui

Non

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI ☐ NON ☐		

Déficiences sensorielles ³	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez)		

Risque de chute

Oui

Non

Risque de fausse
route

Oui

Non

Soins palliatifs

Oui

Non

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.² Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois (HAS 2007).³ 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		
			date du dernier prélèvement :

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant : - déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

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

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

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

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

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

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ 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

ANNEXE 1

COORDONNÉES DES PROCHES

Merci d'indiquer dans ce document, l'ensemble des coordonnées des enfants du futur résident. Le cas échéant, vous pouvez indiquer le nom des personnes proches qui se chargeront de s'occuper du futur résident (conjoint, petits enfants, neveux, nièces, voisins, amis.....).

Les enfants ou les personnes proches doivent également désigner un référent et un seul parmi l'ensemble des personnes référencées.

Ce référent sera la seule personne contactée pour toutes les démarches (prises de rendez-vous, communication des tarifs...). Elle sera chargée de transmettre aux autres personnes l'ensemble des informations.

Il peut également être utile pendant la prise en charge de la personne de connaître le nom des éventuels enfants décédés de la future personne accueillie.

Référent désigné :

Nom-Prénom	Lien de parenté	Adresse postale complète	Adresse e-mail	Téléphone

Le / /

Signature :

NOM :

Prénom :

ANNEXE 2

DÉTAIL DES RESSOURCES

Merci d'indiquer dans ce document le détail des ressources du futur résident. Le détail des pensions est important pour la Résidence afin de pouvoir évaluer les capacités financières de la personne pour assurer ses frais de séjour.

Nature des pensions, retraites et autres revenus + nom de l'organisme	Montant mensuel	Total annuel
TOTAL GÉNÉRAL		

Le / /

Signature

NOM :

Prénom

ANNEXE 3

ENGAGEMENT DE PAYER

ARTICLE L 315-16 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Je soussigné(e) :

Nom Prénom

Adresse
.....

m'engage à régler les frais de séjour de :

☐ Moi-même

☐ M. Mme Mlle Prénom

Lien de parenté

A compter de l'entrée à l'EHPAD le / /

Je reconnais avoir été informé(e)

❖ Des tarifs journaliers applicables à la date du / /

- Tarif journalier d'hébergement (plus de 60 ans) EHPAD	57.58 €
- Tarif journalier d'hébergement Unité Alzheimer EHPAD	59.73 €
- Tarif journalier d'hébergement (moins de 60 ans) EHPAD	75.25 €
- Tarif journalier d'hébergement chambre double EHPAD	54.23 €
- Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2	23.35 €
- Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4	14.82 €
- Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6	6.29 €

A titre informatif il vous sera facturé (APA déduite : Allocation Personnalisée Autonomie accordée par le Conseil Départemental sous conditions de ressources) :

- 1 979.97.euros ($57.58 + 6.29 * 31$) pour un mois de 31 jours pour l'EHPAD de Fouilloy
- 1 916.10 euros ($57.58 + 6.29 * 30$) pour un mois de 30 jours pour l'EHPAD de Fouilloy
- 2 046.62 euros ($59.73 + 6.29 * 31$) pour un mois de 31 jours pour l'Unité Alzheimer de l'EHPAD de Fouilloy
- 1 980.60.euros ($59.73 + 6.29 * 30$) pour un mois de 30 jours pour l'Unité Alzheimer de l'EHPAD de Fouilloy

- ❖ Des dispositions de l'article L 315-16 du Code de l'Action Sociale et des Familles selon lesquelles “les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours, s'il y a lieu, contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207, et 212 du Code Civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales”.
- ❖ Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par l'EHPAD devant le juge aux affaires familiales auprès du Tribunal de Grande Instance d'Amiens.

Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs.

“Lu et approuvé”, le / /

Signature

ANNEXE 4

ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE (Articles 2011 à 2043 du Code Civil)

Nom et prénom du résident :

Etablissement :

Résidence EHPAD de

Caution signataire du présent engagement :

Nom et Prénom :

Domicile :

Date et signature du contrat de séjour :

Le / /

Signature :

A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de :

 Chambre simple en EHPAD : €
Somme en toutes lettres :

 Chambre double en EHPAD : €
Somme en toutes lettres :

 Chambre en Unité Alzheimer : €
Somme en toutes lettres :

Dans l'hypothèse d'une APA couvrant la partie différentielle.

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental.

Après avoir pris connaissance du contrat de séjour et des conditions de séjour – Règlement Intérieur, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations du résident qui résultent du Contrat de séjour et des conditions de séjour règlement intérieur pour le paiement :

- ❖ des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général,
- ❖ des charges récupérables et réparations éventuelles.

ANNEXE 5

RÈGLEMENT FINANCIER ET CONTRAT DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE
--

Entre :

Madame, Monsieur
Nom
Prénom
Demeurant

Et entre la Résidence, représentée par la Directrice.

Il est convenu ce qui suit :

1 – Dispositions générales :

Destinataire de la facture :

(1) ☐ Résident

(1) ☐ Autre : précisez nom et adresse :

Les résidents peuvent régler leur facture :

(1) ☐ **Par chèque bancaire**, libellé à l'ordre du Trésor Public, accompagné du talon détachable de la facture, sans le coller ni l'agrafer, à envoyer au centre d'encaissement de Lille.

(1) ☐ **Par prélèvement mensuel** pour les résidents ayant souscrit un contrat de prélèvement automatique.

Dans ce cas, vous devez vous rapprocher de l'agent d'accueil en fournissant un RIB, afin de pouvoir bénéficier du prélèvement automatique. La mise en place ne pourra se faire qu'à compter de la facturation du mois qui suit la demande.

(1) Cocher la case

2 – Montant du prélèvement :

Chaque prélèvement est effectué à partir du 25 de chaque mois. Il représente le montant égal à la facture envoyée au résident, à terme échu.

Si le résident est bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée au Logement, celle-ci étant versée directement à la Trésorerie, ce montant sera déduit de la facture.

Si le résident bénéficie de l'Allocation Logement, celle-ci est versée directement sur le compte du résident ou au Trésor Public si admis à l'aide sociale.

3 – Changement de compte bancaire :

Le redevable qui change de numéro de compte bancaire, d'agence, de banque ou de banque postale, doit se procurer un nouvel imprimé de demande et d'autorisation de prélèvement auprès du secrétariat de la Résidence.

Il conviendra de le remplir et le retourner accompagné du nouveau Relevé d'Identité Bancaire ou Postal à la Résidence.

Cet envoi doit parvenir au moins deux mois avant la date de prélèvement.

4 – Changement d'adresse :

Le redevable qui change d'adresse doit avertir sans délai le secrétariat de la Résidence.

5 – Renouvellement du contrat de prélèvement automatique :

Sauf avis contraire du redevable, le contrat de prélèvement bancaire est automatiquement reconduit l'année suivante. Le redevable établit une nouvelle demande uniquement lorsqu'il a, auparavant, dénommé son contrat et qu'il souhaite à nouveau bénéficier du prélèvement automatique pour l'année suivante.

6 – Échéances impayées :

Si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte du redevable, il ne sera pas automatiquement représenté. Dans le cas où deux prélèvements n'auront pu être effectués, le contrat pourra être annulé et les paiements devront être effectués par chèque.

Les frais de rejet sont à la charge du redevable.

L'échéance impayée augmentée des frais de rejet est à régulariser auprès de la Trésorerie d'Abbeville.

Fait à....., le / /.....

Signature du Résident ou son Représentant

Précédée de la mention "lu et approuvé"

ANNEXE 6

L'ENGAGEMENT DE RÉALISER DES DÉMARCHES AUPRÈS DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL POUR OBTENIR L'AIDE SOCIALE EN CAS D'INSUFFISANCE DES RESSOURCES

Je m'engage à effectuer les démarches nécessaires à l'obtention de l'Aide Sociale en cas de ressources insuffisantes de ma part et de mes obligés au paiement des frais de séjour :

Je soussigné(e) (Nom et Prénom)

Ou

Madame, Monsieur

Demeurant

Représentant

En qualité de

“Lu et approuvé”, le

Signature

CONSÉQUENCE DE L'ADMISSION A L'AIDE SOCIALE

Pièce à annexer au dossier social après lecture et signature du postulant.

Le présent avis doit être remis par le Maire ou le Directeur de la maison de retraite à toute personne sollicitant le bénéfice de l'Aide Sociale.

Les personnes sollicitant l'Aide Sociale sont informées que :

LE BÉNÉFICE DE L'AIDE SOCIALE N'EST PAS UN DROIT et ne peut être demandé qu'en cas d'insuffisance de ressources du requérant ou de sa famille.

L'OCTROI DE L'AIDE SOCIALE COMPORTE LES CONSÉQUENCES SUIVANTES :

Obligations alimentaires

Toute demande conduit obligatoirement l'administration à procéder à des enquêtes sur les descendants et ascendants du requérant tels qu'ils sont prévus aux articles 205 et suivants du Code Civil, pour déterminer le montant de la participation pour laquelle ils sont susceptibles de contribuer.

L'aide sociale ayant un caractère subsidiaire n'intervient qu'à défaut de la contribution de ces personnes sauf en matière d'aide-ménagère aux personnes âgées, pour la prise en charge des frais de personnes handicapées en établissement spécialisé : institut médico-pédagogique, médico-professionnel, centre d'aide par le travail, foyer, centre de rééducation professionnelle ainsi que pour l'aide de l'allocation compensatrice.

Bénéficiaires revenus à meilleure fortune

Des recours sont exercés contre les bénéficiaires de l'aide sociale dont la situation pécuniaire vient à s'améliorer et le remboursement des prestations servies peut-être décidé par la Commission d'Aide Sociale (article 146 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale).

Donations des biens immobiliers

Les collectivités ont un droit de recours contre le donataire lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'Aide Sociale ou dans les cinq ans qui l'ont précédée.

Successions

Des recours contre la succession des bénéficiaires de l'Aide Sociale peuvent être exercés sur avis favorable de la Commission d'Aide Sociale, en récupération de tout ou partie des prestations servies. Les sommes versées au titre de l'allocation compensatrice et des frais de placement dans les établissements spécialisés visés ci-dessus ne sont pas récupérées quand hériteront le conjoint, les enfants ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge du handicapé.

Hypothèques légales

En garantie des recours indiqués les immeubles appartenant aux bénéficiaires peuvent, à la diligence de l'administration, être grevés d'une hypothèque légale dont l'inscription est requise par le Préfet.

Fraudes ou fausses déclarations

Toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites judiciaires, l'application des peines prévues par l'article 405 du Code Pénal et le recouvrement des prestations indûment perçues.

ANNEXE 7

CHOIX DES INTERVENANTS LIBÉRAUX ET EXTÉRIEURS

La Résidence insiste sur le respect des choix des résidents. En effet, chaque résident reste libre de choisir le ou les professionnels de santé de son choix.

Ainsi, je vous prie de bien vouloir prendre quelques minutes pour nous aider à rassembler ces informations et ainsi permettre à l'équipe de travailler avec l'ensemble des renseignements nécessaires.

Merci de déclarer ci-dessous les différents professionnels libéraux concernant vos soins médicaux :

- Par quel médecin traitant souhaitez-vous être suivi(e) ?

- Où souhaitez-vous être hospitalisé(e) ?

- Par quel kinésithérapeute souhaitez-vous être suivi(e) ?

- Précisez le ou les spécialistes par lesquels vous êtes suivi(e) :

Cardiologue :

Neurologue :

Dermatologue :

Ophtalmologiste :

Pneumologue :

Dentiste :

Psychiatre :

Autres :

- Etes-vous suivi(e) par un ou une orthophoniste ? Si oui, pouvez-vous préciser le nom de la personne :

☐ Non

☐ Oui :

- Etes-vous suivi(e) par un ou une pédicure ? Si oui pouvez-vous précisez le nom de la personne :

☐ Non

☐ Oui :

- Avec quel transporteur médical souhaitez-vous être conduit ? :

(Ce choix sera respecté en fonction de la disponibilité des ambulances).

- J'autorise la pharmacie de mon choix :

(parmi celles conventionnées avec l'établissement) à préparer mes doses à administrer par un système permettant de garantir la sécurité et la traçabilité des médicaments

- Quel est le laboratoire de votre choix ? :

- Quel est le coiffeur de votre choix ? :

Autres personnes qui vous semblent important de nous indiquer :

Je vous rappelle que pour l'ensemble des rendez-vous médicaux ou de confort, un accompagnement doit être prévu par la famille, la maison de retraite ne pouvant assurer l'accompagnement des personnes lors des rendez-vous.

Dans le cas où le choix du professionnel n'aurait pas été fait, l'établissement se réserve le droit d'appeler la personne de son choix sans qu'aucun recours ne puisse être effectué.

“Lu et approuvé”, le / /

Signature

Nom:

Prénom:

ANNEXE 8

DROIT À L'IMAGE

L'établissement est régulièrement amené à organiser des manifestations au sein de la structure ou des sorties à l'extérieur de l'établissement. Tous ces événements peuvent donner lieu à des photos qui sont affichées au sein de la structure mais qui peuvent être également diffusées par la presse du village.

Conformément à l'article 9 du Code Civil qui consacre le droit de tout individu au respect de la vie privée, chaque résident peut décider de l'utilisation de son image.

Je soussigné(e) (Nom et Prénom)

Ou

Madame, Monsieur

Demeurant

Représentant

En qualité de

☐ Autorise l'EHPAD à utiliser mon image sur tout support de communication que l'établissement pourrait être amené à réaliser (dossier médical, dossiers de soins, diverses animations, web) ou plus largement dans le cadre de publications diverses extérieures.

☐ N'autorise pas l'EHPAD à utiliser mon image sur tout support de communication que l'établissement pourrait être amené à réaliser (dossier médical, dossiers de soins, diverses animations, web) ou plus largement dans le cadre de publications diverses extérieures.

“Lu et approuvé”, le

Signature

ANNEXE 9

PRIX DES REPAS ACCOMPAGNANTS FIXÉS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
--

Je soussigné(e) (Nom et Prénom)

Ou

Madame, Monsieur

Demeurant

Représentant

En qualité de

Reconnait avoir pris connaissance des prix des repas accompagnants fixés par le Conseil d'Administration de la façon suivante :

-  Petit déjeuner : 4.00 €
-  Le déjeuner (en semaine) : 10.00 €
-  Le dîner : 5.00 €
-  Repas enfant : 4.00 €
-  Repas de fêtes et jours fériés (Pâques, Ascension, Pentecôte (dimanche et lundi), Noël, Nouvelle Année.....), dimanche, repas à thèmes : 15.00 € (le nombre de places est limité et déterminé par chaque établissement).

Pour tout autre repas (kermesse, repas des familles.....) le prix sera fixé par l'association.

“Lu et approuvé”, le / /

Signature

ANNEXE 10

INFORMATIONS DIVERSES

COURRIER

Le courrier est distribué aux résidents chaque jour.

Si vous ne souhaitez pas que le courrier soit laissé dans la chambre, merci d'effectuer le changement d'adresse auprès des services de la Poste (ou des différents organismes) vers votre domicile.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Les professionnels de l'Établissement ne sont pas habilités à vous transmettre les informations médicales concernant vos parents.

Vous devez appeler le médecin traitant ou spécialiste de votre parent pour avoir ces informations.

REPRÉSENTANTS DES FAMILLES

Titulaires : Mme Sylvie DURVILLE (Villers-Bretonneux), Mme Mady FOSSE (Villers-Bretonneux), M. Jean-Marc DUPREZ (Moreuil), Mme Corinne STANISLAWSKI (Villers Bretonneux), M. Bruno DUFLLOT (Fouilloy).

Suppléants : Mme Evelyne CAPPE (Warloy-Baillon), Mme Nadège LEFEVRE (Moreuil), Mme Marie-Jeanne VIFQUAIN (Fouilloy), Mme Patricia DUBOIS (Fouilloy), Mme Cécile LALOUETTE (Longueau).

REPRÉSENTANTS DES RÉSIDENTS

Titulaires : Mme Madeleine WARIN (Bray-sur-Somme), M. François BRICOUT (Villers-Bretonneux), Mme Pierrette BELVAL (Moreuil), Mme Gismonde CARETTE (Moreuil), Mme Yvonne MESSANT (Fouilloy), Mme Renée LAGNY (Fouilloy)

Suppléants : M. Claude HANRYON (Moreuil), Mme Jeannine TRETAN (Villers-Bretonneux), Mme Yvette ROBERT (Fouilloy), Mme Rolande GRARE (Warloy-Baillon), M. Gérard CAZE (Warloy-Baillon), M. Georges JOUVE (Fouilloy).

ANCIENS COMBATTANTS

L'EHPAD de Warloy-Baillon est labellisé "Bleuet de France". Par conséquent, merci de nous indiquer si vous êtes ancien combattant et dans ce cas, nous fournir une photocopie de votre carte :

☐ oui

☐ non

Le / /

Signature

ANNEXE 11

LA FIN DE VIE

La fin de vie est un sujet délicat à aborder, qui, nous en sommes conscients, est difficile à organiser dans le cadre d'un séjour en EHPAD. Toutefois, afin que ce moment soit abordé le plus sereinement possible nous aurions besoin de quelques informations.... :

Avez-vous un contrat garantie obsèques ou une convention ?

Si oui lequel ?

.....

Pouvez vous nous communiquer les coordonnées des pompes funèbres à contacter :

Voulez-vous que l'équipe soignante prévienne la personne référente ? :

❖ En cas d'aggravation

- Le jour
- La nuit

☐ Oui
☐ Oui

☐ Non
☐ Non

❖ En cas de décès

- Le jour
- La nuit

☐ Oui
☐ Oui

☐ Non
☐ Non

En cas de décès, souhaitez-vous ? :

- ❖ Rester à la maison de retraite si c'est possible
- ❖ Retourner à votre domicile (visage découvert)
- ❖ Reposer au funérarium

Adresse du funérarium :

.....

Avez-vous des souhaits en particulier concernant le décès ? (vêtements, présentation, visite d'un représentant religieux).

NOM :

Prénom :

ANNEXE 12

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

Article 1 : Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

Article 2 : Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

Article 3 : Une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Article 4 : Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Article 5 : Patrimoine et revenus

Toute personne agée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus.

Article 6 : Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Article 7 : Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Article 8 : Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

Article 9 : Droit aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Article 10 : Qualification des intervenants

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisants.

Article 11 : Respect de la fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Article 12 : La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et dépendance est une priorité.

Article 13 : Exercice des droits et protection juridique de la personne

Toute personne en situation de dépendance doit voir protéger non seulement ses biens mais aussi sa personne.

Article 14 : L'information, meilleur moyen de lutter contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

TROUSSEAU ET NÉCESSAIRE DE TOILETTE

Le trousseau et le nécessaire de toilette sont à titre indicatif ; ils peuvent être adaptés selon les habitudes de vie de la personne accueillie.

NÉCESSAIRE DE TOILETTE

Savon hypoallergénique + 1 boîte à savon	3
Gel douche	2
Déodorant	2
Shampooing	2
Dentifrice	2
Colle pour prothèse dentaire	2
Après rasage	1
Mousse à raser	1
Rasoirs et lames / rasoir électrique	1
Brosse à dents / verre / boîte appareil dentaire	1
Peigne et brosse à cheveux	1
Trousse de toilette	1
Eau de Cologne	2
Mouchoirs en papier	6
Coupe ongles / brosse à ongles / ciseaux à ongles	1

Les stocks de produits de toilette sont à renouveler régulièrement (merci de prévoir un stock conséquent)

TROUSSEAU LINGE

Slips, culottes	10
Soutien-gorge	4
Maillots de corps	10
Pyjamas, chemises de nuit (ou combi-nuit si besoin)	10
Pantalons ou joggings ou jupes ou robes	10
Pulls / gilets / sweats	10
Chemises /chemisiers / tee-shirts / polos	12
Robe de chambre si besoin	2
Chaussures été et hiver	2
Chaussons / pantoufles	2
Casquette / chapeau	1
Bonnet / écharpe /gants	1
Chaussettes /collants /mi-bas / bas / collants	7
Combinaisons ou fond de robe	5
Serviettes de table	6
Mouchoirs	10
Serviettes de toilette	20
Gants de toilette	20
Peignoir de bain si besoin	1
Anorak / parka / veste (été et hiver)	1+1
Ceinture élastique / bretelles	1

NOM :

Prénom

DIVERS

- ❖ Ventilateur
- ❖ Lampe de poche
- ❖ Panier à linge si besoin
- ❖ Sac de voyage en cas d'hospitalisation, identifié au nom du résident
- ❖ Boîte pour appareil auditif (+ piles) si besoin
- ❖ Lampe de chevet avec ampoule led si besoin
- ❖ Les ampoules et les piles des divers appareils sont à votre charge
- ❖ Cordon antenne si téléviseur
- ❖ Rallonge multiprise avec interrupteur si nécessaire
- ❖ Réveil ou horloge

RECOMMANDATIONS

- ❖ Il est préférable d'apporter le linge une semaine minimum avant l'entrée afin de le faire marquer avant l'arrivée du résident.
- ❖ Le linge fragile (voir tableau ci-dessous) ne relève pas de la responsabilité de l'établissement (ex : laine, Damart, soie, mohair...). Tout notre linge passe systématiquement au sèche-linge.
- ❖ L'état du linge est à vérifier régulièrement et à remplacer si besoin.
- ❖ Le nettoyage à sec est à la charge de la famille.
- ❖ L'entretien du linge est assuré par l'établissement mais la famille peut l'assurer elle-même si elle le souhaite. Elle devra alors le signaler à la responsable hôtelière.
- ❖ Le linge plat (draps, alèses, couverture, dessus de lit...) est fourni par l'établissement car il doit être non feu.
- ❖ Il est préférable d'informer les professionnels de l'apport d'un nouveau matériel dans la chambre du résident pour assurer la sécurité.

Symbole	Sens du symbole	Contre Indication Technique de la Blanchisserie
	NE PAS LAVER A L'EAU	Tous les linges passent obligatoirement par un traitement en eau et de désinfection
	LAVAGE A LA MAIN	Le lavage à la main est interdit par la norme EN14065 (dites RABC)
	ARTICLE PRESSING	Matériel inexistant à la Blanchisserie
	PAS DE SECHOIR ROTATIF	Tous les linges sont obligatoirement séchés en séchoir rotatif
	SECHAGE AIR LIBRE	Tous les linges sont obligatoirement séchés en séchoir rotatif. La norme EN14065 interdit le séchage à l'air libre
	SECHAGE A PLAT	Tous les linges sont obligatoirement séchés en séchoir rotatif. La norme EN14065 interdit le séchage à l'air libre
	SECHAGE SUR CINTRE	Tous les linges sont obligatoirement séchés en séchoir rotatif. La norme EN14065 interdit le séchage à l'air libre

NOM :

Prénom

ANNEXE 14

CHAMBRE DU DÉFUNT

Conformément aux dispositions R 361-40 article 1^{er} du code des communes, le dépôt et le séjour, à la chambre mortuaire d'un établissement public, du corps d'une personne qui y est décédée sont gratuits pendant les quatre premiers jours à compter de la date du décès.

Passé ce délai de gratuité, le prix du séjour à la chambre mortuaire sera de 50.00 € par jour.

Je soussigné(e) M. Mme

Fille, fils, autre parent de M. Mme

m'engage à respecter ces dispositions du code des communes et à régler les frais de chambre mortuaire restant dus, le cas échéant.

Fait à le / /