



cerfa
N°14732*03

**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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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...)⁴ ? 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

Demande urgente OUI NON

Civilité : Monsieur Madame

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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

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 : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 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		

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			
Élimination	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		

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

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

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 gérontologique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin



EHPAD - Résidence pour personnes âgées
89360 CARISEY
Tél. : 03 86 75 45 45 - Fax : 03 86 75 55 58
closdeschevannais@wanadoo.fr

PIECES A FOURNIR

Pour l'inscription d'un dossier sur liste d'attente

- ↪ Dossier médical
- ↪ Dossier administratif
- ↪ Déclaration de revenus de l'année précédente
- ↪ Avis d'imposition ou de non-imposition



Pièces à fournir en vue de l'admission

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

- ↪ Livret de famille ou acte de naissance si la personne est célibataire
- ↪ Carte d'identité
- ↪ Attestation d'assuré social
- ↪ Carte de mutuelle
- ↪ Attestation de responsabilité civile
- ↪ Décision d'admission pour les bénéficiaires de l'aide sociale
- ↪ Relevé d'identité bancaire ou postal (pour le dossier d'A.P.L. et installation ligne France Telecom)
- ↪ Notification de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice
- ↪ Si contrat d'obsèques, joindre la copie du contrat

DOCUMENTS MEDICAUX

Les informations médicales ci-après seront bien entendu traitées dans la plus grande discrétion, notre personnel est tenu au secret médical.

- ↪ Dernières ordonnances médicales
- ↪ Derniers bilans sanguins
- ↪ Carnet de vaccination
- ↪ Carte de groupe sanguin



Documents à compléter le jour de l'entrée

- ↪ Engagement à payer
- ↪ Désignation de la personne de confiance
- ↪ Contrat de séjour
- ↪ Règlement intérieur
- ↪ Charte des droits et libertés de la personne âgée
- ↪ Caution (1 000 euros) + avance (1 000 euros)
- ↪ Carte Vitale
- ↪ Déclaration de choix du médecin traitant
- ↪ Autorisation de droit à l'image
- ↪ Dossier A.P.L. si nécessaire
- ↪ Hospitalisation de nuit
- ↪ Autorisation de prélèvement

A.S.P.H.A.C.

**Association d'Aide aux Personnes âgées et handicapées du canton de Flogny-la-Chapelle
Établissement à but non lucratif**

Les prix de journée applicables aux résidents de l'EHPAD "Le Clos des Chevannais"
à CARISEY sont fixés, ainsi qu'il suit, à compter du 1er Avril 2022

Tarif Hébergement

Chambre à 1 lit	59,71 €
Chambre à 2 lits	56,55 €
Studio	70,26 €

Tarif moins de 60 ans 74,08 €

Tarif Dépendance

GIR 1 et 2	19,42 €
GIR 3 et 4	12,32 €
GIR 5 et 6	5,23 €



AIDES FINANCIERES POSSIBLES

Résidence pour personnes âgées
E.H.P.A.D.
89360 CARISEY
Tél. : 03.86.75.45.45 - Fax : 03.86.75.55.58
closdeschevannais@wanadoo.fr

(A.P.L.) Allocation logement

Selon vos ressources, les frais d'hébergement peuvent faire l'objet d'une prise en charge partielle. A votre entrée dans notre établissement, vous pouvez faire une demande d'allocation logement auprès de la Caisse d'Allocations Familiales dont vous dépendez. Celle-ci déterminera vos droits à cette allocation. Elle sera versée à l'établissement. Cette somme sera déduite de la facture.

(A.P.A.) Allocation Personnalisée à l'Autonomie

Les frais de dépendance peuvent être pris en charge partiellement par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) suivant le décret d'application qui est sorti le 21 novembre 2001.

→ Pour les personnes originaires du Département de L'Yonne :

Il n'y aura pas constitution de dossier, ces personnes sont concernées par la Dotation Globale A.P.A.

L'APA étant versée directement à l'établissement, les frais de dépendance pris en charge seront directement déduits de la facturation.

Sont exclus du champ de la Dotation Globale APA :

Les personnes âgées de moins de 60 ans,

Les personnes classées dans les G.I.R. 5 et 6,

Les personnes bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne

→ Pour les personnes relevant d'un DEPARTEMENT EXTERIEUR (*)

Faire une demande d'A.P.A. auprès du Conseil Départemental concerné ; nous vous fournirons à cet effet une attestation de présence, la grille déterminant le GIR et l'arrêté fixant les tarifs applicables dans l'établissement.

Dans ce cas, l'APA peut être perçue par vous-même ou versée directement à l'établissement d'accueil.

(*) Personne résidant, avant son admission en maison de retraite, de façon continue depuis 3 mois au moins, à domicile, hors département de l'Yonne (résidence appelée domicile de secours).

Aide sociale

Si vos ressources ne sont pas suffisantes, et sous certaines conditions, vous pouvez établir une demande d'aide sociale auprès du Conseil Départemental dont vous dépendez (domicile de secours depuis au moins 3 mois avant la date d'entrée). Le bureau de la Commission d'Admission à l'aide sociale de ce département définira, après enquête, si vous êtes pris en charge par leurs services.

A.S.P.H.A.C.

Association d'Aide aux Personnes âgées et handicapées du canton de Flogny-la-Chapelle
Établissement à but non lucratif



Résidence pour personnes âgées
E.H.P.A.D.
89360 CARISEY
Tél. : 03.86.75.45.45 – Fax : 03.86.75.55.58
closdeschevannais@wanadoo.fr

Vos souhaits :

Chambre

Studio

Payant

Assisté

DEMANDE D' ADMISSION

A compléter par le futur résident ou la famille

Informations sur votre assurance sociale (CPAM, MSA, autres)

N° :

NOM de la caisse :

Rue :

CP :-Ville :

Informations sur votre mutuelle

NOM :

Rue :

CP :-Ville :

Caisses de retraites

NOM	N° d'identification	RUE	CP	VILLE	TELEPHONE

Informations sur votre banque qui détient votre compte courant

NOM : -----

Rue : -----

CP : -----Ville : -----

Informations sur votre banque qui détient votre livret épargne

NOM : -----

Rue : -----

CP : -----Ville : -----

Informations concernant votre notaire

NOM : -----

Rue : -----

CP : -----Ville : -----

Connaissance de la famille

Nombre d'enfants : -----

NOM	PRENOM	RUE	CP	VILLE	TELEPHONE

Le cas échéant coordonnées des proches

NOM	PRENOM	RUE	CP	VILLE	TELEPHONE

Le placement en Maison de Retraite est-il envisagé par :

le futur résident la famille

Est-il bien accepté Oui Non

Est-il : définitif temporaire

Si la personne n'est pas apte à s'occuper de son courrier, merci de faire le changement d'adresse très rapidement au Nom de la personne qui gèrera ses affaires

Coordonnées de la personne à qui la facture doit être adressée :

NOM : -----

Rue : -----

CP : -----Ville : -----

Les effets des pensionnaires doivent être marqués du nom et prénom (marques cousues)

Pour le linge non marqué, nous déclinons toute responsabilité en cas de perte.



Résidence pour personnes âgées
E.H.P.A.D.
89360 CARISEY
Tél. : 03.86.75.45.45 – Fax : 03.86.75.55.58
closdeschevannais@wanadoo.fr

ENGAGEMENT A PAYER

Carisey, le -----

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, -----

déclare m'engager à régler à la Maison de Retraite les frais concernant le séjour de

moi-même -----

Madame : -----

Monsieur : -----

Se décomposant comme suit :

- ↳ Prix de journée fixé chaque année par le Conseil Départemental
- ↳ Honoraires médicaux
- ↳ Actes de biologie et pharmacie
- ↳ Petits frais : coiffeur, pédicure, kinésithérapeute (sur prescription médicale)

Hors le prix de journée réglé à l'A.S.P.H.A.C., je m'engage à régler les autres prestations directement aux intéressés.

Je reconnais avoir été informé (e) des tarifs hébergement et dépendance indiqués dans le contrat de séjour.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



Résidence pour personnes âgées
E.H.P.A.D.
89360 CARISEY
Tél. : 03.86.75.45.45 - Fax : 03.86.75.55.58
closdeschevannais@wanadoo.fr

INVENTAIRE LINGE

Chaque résident apporte son linge personnel, qui devra être impérativement marqué avec des étiquettes tissés et cousues (NOM et PRENOM)

A titre d'exemple pour le résident,
il peut lui être conseillé d'apporter le trousseau suivant

Pour Monsieur

Pour Madame

Lingerie et vêtement de nuit			
		5	Soutien -gorge
		5	Combinaison
6	Maillots de corps en coton	6	Maillots de corps en coton
12	Slips	12	Culottes
10	Paire de chaussettes	10	Paire de chaussettes ou mi-bas
		10	Collants ou bas
5	Pyjamas	5	Chemises de nuit ou pyjama
1	Robe de chambre	1	Robe de chambre
Tenues de jour			
5	Pantalons	5	Pantalons
		5	Robes
		5	Jupes
5	Pulls	5	Pulls
3	Gilets	3	Gilets
5	Chemises	5	Chemisiers
1	Imperméable	1	Imperméable
1	Veste ou manteau	1	Veste ou manteau
1	Chapeau ou casquette	1	Chapeau ou casquette
1	Echarpe ou foulard	1	Echarpe ou foulard
1 paire	Chaussure été	1 paire	Chaussure été (éviter les talons hauts)
1 paire	Chaussure hiver	1 paire	Chaussure hiver (éviter les talons hauts)
1 paire	Chausson	1 paire	Chausson
	Mouchoirs en papier		Mouchoirs en papier
Produits et linge de toilette			
10	Serviettes de toilette	10	Serviettes de toilette
15	Gants de toilette	15	Gants de toilette
1	Serviettes de bains	1	Serviettes de bains
1	Gobelet à dents	1	Gobelet à dents
1	Rasoir		



Résidence pour personnes âgées
E.H.P.A.D.
89360 CARISEY
Tél. : 03.86.75.45.45 - Fax : 03.86.75.55.58
closdeschevannais@wanadoo.fr

DIVERS

1	Meuble de salle de bains mural
1	Téléviseur
1	Réfrigérateur table top
1	Cordon pour antenne téléviseur
1	Rampe électrique (pour relier les différentes prises)
1	Lampe de chevet qui doit être aux normes européennes (avec une mise à la terre)



Trousse de toilette : Peigne, brosse à cheveux, brosse à dents, dentifrice savon, gel douche, shampooing, eau de Cologne, coton tiges, pastilles pour appareil dentaire, colle pour appareil dentaire, boîte pour prothèses dentaires (si nécessaire)

La résidence déclinera toute responsabilité en cas de perte.

Les familles qui assurent le lavage du linge de leur parent doivent le marquer également pour pouvoir l'identifier dans le cas contraire la Résidence décline toute responsabilité en cas de perte. Prévoir un panier à linge sale.

Tous les sous-vêtements : slips, maillots de corps, chemises de nuit, pyjamas doivent être en coton pour faciliter le lavage et bouillir. Les thermolactyls et les vêtements pure laine seront lavés par les familles. Toutefois, le linge fragile est sous la responsabilité des familles

Un tri des vêtements d'hiver et d'été sera fait par les familles afin de procéder à un contrôle systématique des marquages, de l'entretien (petite couture, remplacement des boutons, etc...) et du renouvellement des vêtements les plus anciens.

Merci de bien vouloir fournir également une valise ou un sac de voyage nécessaire en cas d'hospitalisation du résident

Le linge de table est fourni par la Résidence.

Chaque chambre est équipée de prise de téléphone ; il convient de faire la demande auprès d'un opérateur de votre choix pour obtenir une ligne téléphonique personnel et d'apporter son poste téléphonique dès l'admission. (Les frais de connexion et de communication sont à la charge du résident).

A.S.P.H.A.C.

Association d'Aide aux Personnes âgées et handicapées du canton de Flogny-la-Chapelle
Établissement à but non lucratif