

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION  
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Date de la demande :

--	--	--

Origine de la demande :

- Domicile       Famille d'accueil  
 Centre Hospitalier       Service de soins de suite       Maison de retraite

Merci de préciser le nom de l'établissement sanitaire (et le service) ou médico-social :

Autres :

## A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

° UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)

° UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

*En cas de besoin, je vous invite à prendre contact avec Mme Demchi, en charge de la gestion administrative des dossiers d'admission en EHPAD (☎ 02 31 65 32 04) ou bien avec M. Grandjean au secrétariat de direction (☎ 02 31 65 32 08). Nous vous remercions de bien vouloir effectuer toutes les photocopies nécessaires à la constitution de votre demande d'admission avant d'adresser ou de déposer votre dossier. En cas de réponse négative, nous nous engageons à vous ré-adresser l'intégralité de votre dossier afin que vous puissiez le présenter dans d'autres structures d'hébergement.*

## TARIFS HÉBERGEMENT ET DÉPENDANCE 2018 (par jour)

*Tarifs entrés en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019.*

Tarif Hébergement	Tarif hébergement - 60 ans
53,60 €	69,41 €

<b>GIR 1/2</b>	<b>GIR 3/4</b>	<b>GIR 5/6</b>
20,48 €	13,00 €	5,51 €

**Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017, le Conseil Départemental du Calvados verse directement au Centre Hospitalier de Pont-l'Évêque l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) sous forme de dotation globale pour les résidents bénéficiaires ; L'A.P.A. ne sera donc plus facturée.**

Pour les personnes de plus de 60 ans, le prix de journée (tarif hébergement + tarif dépendance GIR 5/6) s'élève donc à :  $53.60 + 5.51 = \mathbf{59.11€}$

### Pièces et documents à fournir

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Carte nationale d'identité</li> <li><input type="checkbox"/> Livret de famille (copie)</li> <li><input type="checkbox"/> Carte vitale et carte de mutuelle</li> <li><input type="checkbox"/> Jugement de tutelle, curatelle ou mandat spécial</li> <li><input type="checkbox"/> Engagement de payer les frais d'hébergement si payant</li> <li><input type="checkbox"/> Versement d'un mois d'avance à l'entrée si payant</li> <li><input type="checkbox"/> Engagement selon facultés contributives à signer par chacun des obligés alimentaires</li> <li><input type="checkbox"/> Attestation assurance responsabilité civile</li> <li><input type="checkbox"/> Dérogation d'âge pour les moins de 60 ans</li> <li><input type="checkbox"/> 2 photos d'identité</li> <li><input type="checkbox"/> Photocopie contrat d'obsèques</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Avis d'imposition de l'année en cours et de l'année précédente</li> <li><input type="checkbox"/> Double de la déclaration de revenus</li> <li><input type="checkbox"/> Justificatifs des revenus (montant à déclarer des différentes caisses de retraite ayant servi à établir la déclaration d'impôts)</li> <li><input type="checkbox"/> Titres d'attribution de retraite</li> <li><input type="checkbox"/> Relevé d'identité bancaire</li> <li><input type="checkbox"/> 6 derniers extraits de compte</li> <li><input type="checkbox"/> Livret (s) épargne, placements</li> <li><input type="checkbox"/> Carte d'allocataire CAF ou MSA (en cas de demande d'allocation logement)</li> </ul> |
|---|--|

#### **Allocation personnalisée d'autonomie**

*La grille GIR sera remplie par l'équipe soignante. L'allocation est versée individuellement.*

Pour le Calvados : [www.calvados.fr](http://www.calvados.fr) rubrique APA (demande en ligne).

Autres départements : dossier + grille GIR à déposer auprès de votre mairie ou du CLIC.

#### **Pour établir une demande d'aide sociale**

- Nom, adresse et téléphone de tous les obligés alimentaires
- Adresse des biens immobiliers et avis impôts fonciers
- Nom et adresse du notaire
- Engagement de verser 90% des ressources mensuelles en attendant l'aide sociale

## DOSSIER ADMINISTRATIF

### ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

#### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

#### SITUATION FAMILIALE

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

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI  NON  En cours

Si oui, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint ...) :

---

### ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

#### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

## PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI  NON

SI OUI :

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

---

## DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent  Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité OUI  NON

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire \_\_\_\_\_

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

Domicile  Chez enfant/Proche  Logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD / SAD<sup>1</sup>  Accueil de jour

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom  
de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI  NON

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

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

---

## 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<sup>(1)</sup>

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

---

<sup>1</sup> SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter<sup>(2)</sup>

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

---

## 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 envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI  NON  Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie\* OUI  NON  Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI  NON

---

## COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT  DANS LES 6 MOIS  ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

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.

\* 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.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  Prénom(s)   
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

Date de naissance

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Changement d'établissement  Fin/Retour d'hospitalisation  Maintien à domicile difficile

Autres *(préciser)*

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :**

**ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux**

**PATHOLOGIES ACTUELLES**

--	--

**TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)**

SOINS PALLIATIFS  OUI  NON  ALLERGIES  OUI  NON  Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE  OUI  NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS  OUI  NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

**FONCTIONS SENSORIELLES**

Cécité  OUI  NON   
Surdité  OUI  NON

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

OUI  NON

**REEDUCATION**

Kinésithérapie  OUI  NON   
Orthophonie  OUI  NON

Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)**

**MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)**

Nom  Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Date

Signature

cachet du  
médecin

Je soussigné(e)  M.  Mme .....

demande mon admission à la Maison de Retraite de :

	Adresse	Personne à contacter
<input type="checkbox"/> LISIEUX	EHPAD Centre Hospitalier Robert Bisson 14107 Lisieux Cedex	Bureau des entrées ☎ 02 31 61 33 25
<input type="checkbox"/> PONT-L'ÉVÊQUE	EHPAD Centre Hospitalier 14130 Pont-l'Évêque	Bureau des entrées Mme Demchi ☎ 02 31 65 32 04 Assistante sociale Mme Perrot ☎ 02 31 65 31 11
<input type="checkbox"/> ORBEC	Hôpital local 70, rue Grande 14290 Orbec	Bureau des entrées Mme Hoyer ☎ 02 31 32 83 31
<input type="checkbox"/> BERNAY	Centre Hospitalier Anne de Ticheville 5, rue Anne de Ticheville 27303 Bernay Cedex	Bureau des entrées Mme Mamet ☎ 02 32 45 63 03
<input type="checkbox"/> PONT AUDEMER	Centre Hospitalier de la Risle 64, route de Lisieux 27504 Pont-Audemer Cedex	Bureau des entrées Mme Allirand ☎ 02 32 41 65 26
<input type="checkbox"/> TROUVILLE	Maison de retraite du Mont-Joly Rue du Commandant Charcot 14360 Trouville sur Mer	Mme Peton ☎ 02 31 81 84 56
<input type="checkbox"/> EQUEMAUVILLE	Centre Hospitalier de la Côte Fleurie 14113 CRICQUEBOEUF	Mme Sacon ☎ 02 31 89 89 89

Date :        /        /

Signature :

**Si la demande ne peut être faite par la personne elle-même :**

Nom, Prénom :

Lien de parenté :

Ou représentant légal :         Tuteur     Curateur     Délégué à la tutelle

Demande l'admission de  M.  Mme .....

Date :        /        /

Signature :

# Renseignements personnels

nous permettant de mieux vous connaître

Ancienne profession

Lieu de vie actuel :

- maison individuelle
- Appartement
- Famille d'accueil
- Établissement médico-social
- Autre :
- ville
- campagne

Comment viviez-vous à domicile ?

- seul(e)
- avec votre conjoint(e)
- en présence de vos enfants
- avec des aides

Nature des aides et nombre  
d'heures par mois :

Loisirs

Choix motivant votre  
orientation en maison de  
retraite :

Qui est à l'origine de la  
demande d'admission en  
maison de retraite ?

## Projet de vie en Maison de retraite

Qu'attendez-vous de la  
Maison de retraite ?

Comment envisagez-vous, vous et  
vos enfants, votre vie en Maison  
de retraite. Quelles sont vos  
attentes, vos envies, vos  
craintes ?

# Fiche administrative

Nom, Prénom :	
Nom de jeune fille :	

Né(e) le

--	--	--

Lieu de naissance :

Situation familiale :

marié(e)

séparé(e)

divorcé(e)

veuf(ve)

célibataire

Nombre d'enfants :

--

Adresse du domicile actuel :

Date d'arrivée

--	--	--



: .....

## Sécurité sociale et mutuelle

N° de sécurité sociale

--	--	--	--	--	--	--	--

Organisme d'affiliation :

Adresse :

Numéro de mutuelle :

Nom de la mutuelle :

Adresse de la mutuelle :

Une mesure de protection est-elle en cours :

oui

non

Si oui :  sauvegarde de justice

curatelle

tutelle

Organisme



: .....

## Médecin traitant

Nom du médecin traitant	
Adresse :	

## Personne référente

Nom, Prénom	
-------------	--

# Coordonnées du conjoint et des enfants

(éventuellement des petits-enfants)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté :  conjoint  enfant  petit enfant  autre : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
☎ : .....  
☎ prof.: .....  
✉ : .....@.....

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté :  conjoint  enfant  petit enfant  autre : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
☎ : .....  
☎ prof.: .....  
✉ : .....@.....

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté :  conjoint  enfant  petit enfant  autre : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
☎ : .....  
☎ prof.: .....  
✉ : .....@.....

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté :  conjoint  enfant  petit enfant  autre : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
☎ : .....  
☎ prof.: .....  
✉ : .....@.....

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté :  conjoint  enfant  petit enfant  autre : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
☎ : .....  
☎ prof.: .....  
✉ : .....@.....

# Ressources

Caisse de retraite (nom et adresse)	MONTANT		
	Mensuel	Trimestriel	Annuel
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
<b><u>TOTAL</u></b>			

# Aides au financement

## L'allocation logement

Bénéficiez-vous de l'allocation logement ?  oui  non

Numéro d'allocataire :

### **A quoi sert l'allocation logement ?**

*Elle peut vous aider à assumer en partie les frais d'hébergement en EHPAD.*

### **Qui peut en bénéficier ?**

*L'allocation est accordée à toute personne dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond et dont le logement répond à certaines conditions.*

*Elle est attribuée en fonction :*

- *des ressources de l'allocataire*
- *des charges demandées par l'hébergement*
- *du type d'établissement et de son lieu d'implantation*

*Pour toute demande ou complément d'information, s'adresser au bureau des entrées*

## L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)

Bénéficiez-vous de l'allocation personnalisée à l'autonomie ?  oui  non

GIR correspondant  1/2  3/4  5/6

Une demande d'APA est-elle en cours ?  oui  non

### **A quoi sert l'allocation personnalisée à l'autonomie ?**

*Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, l'APA permet aux personnes âgées en perte d'autonomie de recouvrer à toutes les aides nécessaires pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.*

*A domicile, elle vous était destinée à rémunérer les services ou personnes intervenants auprès de vous et à financer les dépenses qui vous permettaient d'être plus autonome.*

*En établissement, l'APA est destinée à financer les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance. Elle sera versée à titre forfaitaire, contrairement à la prise en charge à domicile. Le montant de l'APA vise à couvrir le tarif dépendance de l'établissement.*

### **Qui peut en bénéficier ?**

*L'allocation est accordée à toute personne dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond et dont le logement répond à certaines conditions.*

*Elle est attribuée en fonction :*

- *des ressources de l'allocataire*
- *des charges demandées par l'hébergement*
- *du type d'établissement et de son lieu d'implantation*

*Pour toute demande ou complément d'information, s'adresser au bureau des entrées*

# Demande d'aide sociale

## Qu'est ce que l'aide sociale ?

*L'aide sociale peut vous aider à prendre en charge les frais d'hébergement lorsque les ressources ne sont pas suffisantes.*

## Principes de l'aide sociale :

- ✓ *90% des ressources de la personne âgée (les 10% restant sont laissés pour usage personnel) et 100% de certaines allocations (allocation logement) sont affectées au paiement de la maison de retraite.*

*Si les ressources de la personne sont insuffisantes pour couvrir les frais d'hébergement, les enfants seront sollicités par leur mairie pour remplir un dossier d'obligé alimentaire. En fonction de leurs ressources, la Commission Départementale d'Aide Sociale fixera ou non une participation financière au titre de l'obligation alimentaire. La différence restant due pour couvrir les frais d'hébergement est prise en charge au titre de l'aide sociale.*

- ✓ *Les livrets d'épargne devront être déposés en Trésorerie les jours suivants l'admission (coordonnées au bureau des entrées).*
- ✓ *L'aide sociale doit être considérée comme une avance récupérable sur la succession au décès de la personne âgée ou de son conjoint.*  
*Dans le cas où la personne demandeuse serait propriétaire, le Département hypothéquera ce bien en garantie des frais engagés. Toutefois, cette mesure ne peut empêcher ni la vente, ni la location, ni le maintien du conjoint dans les lieux.*

## Qu'est ce que l'obligation alimentaire ?

*"Les enfants ont un devoir d'**obligation alimentaire** envers leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin". Cette disposition de l'article 205 du code civil, est prévue à l'origine pour garantir l'entraide entre générations.*

*Pour obtenir le paiement de leurs factures, un hôpital ou une maison de retraite peut en effet demander l'intervention de la justice et forcer le recours aux enfants de la personne âgée, c'est l'**obligation alimentaire**.*

*Ainsi, un fils pourra être mis en demeure de payer le séjour de son père en maison de retraite, mais également un gendre, celui de sa belle-mère. En dernier lieu, les petits enfants peuvent également être mis à contribution.*

# Demande d'aide sociale

## Revenus

Revenus	Mensuels	Trimestriels	Annuels
Rente accident du travail			
Rente viagère			
Pension militaire			
Veuve de guerre			
Pension alimentaire			
Immobiliers Loyers			
Immobiliers Fermages			
Minimum vieillesse			

## Biens immobiliers

Êtes-vous propriétaire ?

oui

non

Si oui :

Adresse des biens

Nom du notaire	 : .....
Adresse :	

## Biens mobiliers

*Livrets, comptes bancaires ou postaux (livret A, Codevi, PEP...) et capitaux placés (actions et obligations)*

Nom et numéro	Montant

## Donation

Avez-vous fait une donation ?

oui

non

Si oui, à quelle date :        /        /

# Paiement des frais de séjour

Les ressources sont-elles suffisantes pour régler les frais de séjour ?

oui

non (voir pour demande d'aide sociale)

Je soussigné(e)  M.  Mme.....

m'engage par la présente à régler les frais d'hébergement de l'EHPAD de :

M.  Mme.....

Je déclare avoir pris connaissance des tarifs hébergement et dépendance de l'année en cours.

Date :        /        /

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »):

## En cas de refus d'aide sociale

Je soussigné(e)  M.  Mme.....

Lien de parenté :

Domicilié à .....

.....

m'engage en cas de rejet de l'aide sociale par le Conseil Général à régler les frais d'hébergement de

M.  Mme.....

A compter de sa date d'entrée dans l'établissement le....., et ce, en fonction de mes facultés contributives.

**Je déclare être informé(e) qu'à défaut d'accord amiable entre les obligés alimentaires, la répartition de la dette alimentaire sera fixée par jugement rendu par le Juge des Affaires Familiales du Tribunal de Grande Instance de mon lieu de domicile.**

Date :        /        /

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »):

***Merci de remplir un exemplaire de cette page par obligé alimentaire.***

## Caution solidaire

Madame, Monsieur,

Votre..... (1),  M.  Mme.....  
ve être hébergé(e) en EHPAD au Centre Hospitalier de Pont-l'Évêque.

Au cours de son séjour, la personne hébergée aura à acquitter le montant des frais d'hébergement et les frais de dépendance (ces deux tarifs évoluant chaque année après approbation des budgets).

En cas d'insuffisance actuelle ou future de ses revenus propres, la personne hébergée peut demander une aide financière en déposant un dossier auprès de la Commission d'Aide Sociale. Dans l'attente de la décision et/ou en cas de rejet du dossier, je vous informe que l'établissement mettra en jeu la procédure de l'engagement de payer. C'est pourquoi je vous demande, préalablement à l'admission, de signer le document suivant valant engagement à payer les frais d'hébergement non couverts par les revenus de votre parent(e).

(1) Lien de parenté avec le ou les signataires

Nom :	Prénom :
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> petit enfant <input type="checkbox"/> autre :	
Adresse :	
	Signature :

Nom :	Prénom :
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> petit enfant <input type="checkbox"/> autre :	
Adresse :	
	Signature :

Nom :	Prénom :
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> petit enfant <input type="checkbox"/> autre :	
Adresse :	
	Signature :

Nom :	Prénom :
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> petit enfant <input type="checkbox"/> autre :	
Adresse :	
	Signature :

Nom :	Prénom :
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> petit enfant <input type="checkbox"/> autre :	
Adresse :	
	Signature :



## Engagement de versement des 90% des ressources mensuelles

Je soussigné(e)  M.  Mme.....

Déclare m'engager à verser 90% des revenus mensuels de

M.  Mme.....

A compter de sa date d'entrée le....., pour son placement en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Pavillon Langlois  Pavillon St Hymer  Pavillon Val d'Auge  Pavillon Yvie  
(cocher la structure d'accueil)

Et ce, dans l'attente de la décision de la commission d'aide sociale.

Fait à :

Date :        /        /

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »):

Identité de la personne ayant signé l'engagement :.....

***Justificatifs à l'appui (relevés de banque).  
Remettre copie à la personne ayant signé cet engagement.***

# DOCUMENTS ANNEXES



## La personne de confiance

L'article L.1111-6 du code de la santé publique, introduit la notion de **personne de confiance**, mesure qui permet à toute **personne majeure** de désigner une personne habilitée d'une part, à **être informée et consultée** lorsque le patient se trouve hors d'exprimer sa volonté, et d'autre part, **d'accompagner la personne** tout au long de son séjour hospitalier.



### Qui peut être désigné personne de confiance ?

Une **personne librement choisie** par le patient, dans son entourage et en qui il a toute confiance **parent, proche, ami ou médecin traitant**. (Un malade ne peut pas désigner son voisin de chambre ou un membre de l'équipe comme personne de confiance, faute de le connaître suffisamment pour lui faire confiance). La désignation de la personne de confiance **n'est pas une obligation**, mais un **droit** pour le patient. Le patient peut à tout moment pendant l'hospitalisation, annuler son choix et **nommer quelqu'un d'autre**.

Si la personne de confiance désignée par le patient est placée **sous mesure de protection** et que cette mesure **était connue du patient** au moment où il fait son choix, **rien ne s'oppose** à cette désignation. Par contre, si le **patient l'ignorait**, la désignation **n'est pas recevable**.

Un **tuteur nommé au sein de la famille** peut être désigné comme personne de confiance par le patient. Un **gérant de tutelle** ne peut pas être désigné comme personne de confiance.



### Qui peut désigner une personne de confiance ?

- La **personne majeure hospitalisée**

Le **patient majeur** peut désigner une personne de confiance

- La **personne sous curatelle**

Elle peut faire le choix d'une personne de confiance **différente de son curateur**.

- La **personne sous tutelle**

Si une personne de confiance **a été désignée avant la mise sous tutelle**, le juge peut **confirmer ou révoquer** sa désignation.

Si cette personne **n'a pas été désignée avant la mise sous tutelle** il **n'a pas la possibilité** de désigner une personne de confiance.



### Comment désigner une personne de confiance ?

La désignation de la personne de confiance **se fait par écrit**. Ce document doit préciser les nom, prénom, adresse et moyen de joindre la personne de confiance (Cf. Document joint, et inséré au livret d'accueil).

La personne de confiance est avertie de sa désignation, par le patient et manifeste son accord en **complétant le formulaire** placé dans le livret d'accueil.

Combien de temps est valable la désignation ?

Elle est valable pour la **durée de l'hospitalisation** et **renouvelée à chacune des hospitalisations**. Elle peut être **annulée à tout moment** et remplacée par une **autre personne de confiance** à la demande du patient.



### Où se fait la désignation ?

Elle a lieu dans l'unité d'hospitalisation du patient. Cette désignation se fait au cours de l'entretien infirmier d'accueil ou au cours de l'hospitalisation, au cas où le patient n'aurait pas souhaité le faire lors de l'entretien d'accueil.

Dans quel document mentionner la personne de confiance ?

L'identité de la personne de confiance est notée dans le dossier patient et le formulaire de désignation y est inséré.

Le patient peut faire le choix de ne pas désigner de personne de confiance, en attestant néanmoins avoir reçu l'information relative à la personne de confiance.



### Quel est le rôle de la personne de confiance ?

Quand la personne n'est plus à même d'exprimer sa volonté, la personne de confiance l'aide à prendre ses décisions.

Elle peut la seconder dans toutes ses démarches administratives au sein de l'établissement. Elle aura le droit de se faire communiquer les informations jusque là réservées à la famille et au malade lui-même. Toutefois, l'équipe soignante doit respecter l'éventuel souhait de taire certaines informations (diagnostic, pathologie, antécédents...).

Elle pourra également assister aux entretiens médicaux ou consultations, et être consultée au cas où le patient serait dans l'impossibilité de s'exprimer. L'équipe lui ferait alors appel pour exprimer la volonté du patient pour tout geste qui nécessiterait le consentement éclairé du patient, à l'exception des situations d'urgence ou d'impossibilité de joindre la personne de confiance).

La volonté exprimée de la personne de confiance doit être prise en compte mais l'équipe soignante reste, en dernier ressort, libre de ses décisions.



### Différence entre la personne de confiance et la personne à prévenir

La personne de confiance est chargée d'une mission spécifique et doit être distinguée de la personne à prévenir, car ce sont deux personnes différentes. L'article R 1112-3 CSP dispose que le dossier patient comporte l'identification du patient et le cas échéant, celle de la personne de confiance définie à l'article L 1111-6, et celle de la personne à prévenir.

La personne de confiance est enregistrée dans le dossier de soins par les IDE, alors que la personne à prévenir est notée dans le dossier administratif, par les agents du bureau des entrées et retranscrite dans le dossier patient par les IDE.

Dans le cas contraire, les IDE notent l'information au cours de l'entretien d'admission dans le service.



### La personne de confiance et le secret professionnel

Sauf volonté expresse du patient, le secret professionnel est levé vis-à-vis de la personne de confiance. Elle peut assister aux entretiens médicaux mais ne peut pas avoir un accès direct au dossier patient.

Sauf avis contraire du patient, la personne de confiance reçoit les informations nécessaires à apporter un soutien à celui-ci, au même titre que la famille et l'entourage proche. Le personnel doit se conformer strictement à la décision du patient.





## FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 4.04.2002 relative aux droits du malade  
Article L.1111-6 du code de la santé publique

Je soussigné(e) Nom : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le    à \_\_\_\_\_

patient(e) majeur(e) hospitalisé(e) au Centre Hospitalier de Pont L'Evêque ou hébergé(e) en EHPAD

Domicilié à \_\_\_\_\_

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

désigne **comme personne de confiance** durant cette hospitalisation mon ami, famille, médecin etc. (préciser la nature des relations),

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

Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le    à \_\_\_\_\_

Nature des relations : \_\_\_\_\_

Domicilié à \_\_\_\_\_



: \_\_\_\_\_



: \_\_\_\_\_

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

*Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.*

Ne désire pas désigner de personne de confiance

Date et signature du (de la)  
patient(e) hospitalisé(e)

Date et signature de la personne  
de confiance



## FORMULAIRE DE REVOCATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 4.04.2002 relative aux droits du malade  
Article L.1111-6 du code de la santé publique

**Je soussigné(e)** Nom : \_\_\_\_\_  
Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le    à \_\_\_\_\_

patient(e) majeur(e) hospitalisé(e) au Centre Hospitalier de Pont L'Evêque ou hébergé(e) en EHPAD

Domicilié à \_\_\_\_\_

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

révoque **comme personne de confiance** à compter du \_\_\_\_\_ mon ami, famille,  
médecin etc. (préciser la nature des relations),

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

Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le    à \_\_\_\_\_

Nature des relations : \_\_\_\_\_

Domicilié à \_\_\_\_\_

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

désigne **comme nouvelle personne de confiance** durant cette hospitalisation mon ami,  
famille, médecin etc. (préciser la nature des relations),

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

Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le    à \_\_\_\_\_

Nature des relations : \_\_\_\_\_

Domicilié à \_\_\_\_\_ ☎ :

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

*Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut pour toute la  
durée de l'hospitalisation, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.*

Date et signature du (de la)  
patient(e) hospitalisé(e)

DPA/FOQ/04-11.03.2014

Date et signature de la nouvelle  
personne de confiance



**NON-DIVULGATION DE PRESENCE**

Madame, Monsieur,

*L'établissement vous assure un droit au respect de la vie privée et au secret des informations vous concernant. Si vous souhaitez que votre présence ne soit pas divulguée, signalez-le dès votre admission, soit au bureau des entrées, soit à votre accueil dans le service de soins, et le nécessaire sera fait pour préserver votre anonymat.*

*Nous vous demandons de bien vouloir compléter et signer ce formulaire.*

.....

Conformément à l'article **R 1112-45** du code de la santé publique, vous avez demandé qu'aucune indication ne soit donnée sur votre présence dans l'établissement.

Dans ce cas, aucune communication téléphonique ne vous sera transmise.

Votre demande est valable pour la durée de votre séjour et est révocable à tout moment.

Le Centre Hospitalier s'engage à ne pas communiquer votre présence.

Si vous souhaitez limiter la divulgation de votre présence à quelques personnes, à vous de les informer. Dans ce cas, vous devez leur préciser le numéro de téléphone qui vous a été attribué à votre admission, le numéro de votre chambre, ainsi que le service dans lequel vous êtes hospitalisé.

Merci de compléter, dater et signer (Patient, représentant légal ou personne de confiance).

NON-DIVULGATION DE PRESENCE	REVOCAION DE LA DEMANDE
NOM.....	NOM.....
Prénom.....	Prénom.....
Qualité.....	Qualité.....
Date.....	Date.....
Signature.....	Signature.....

*Fait en 4 exemplaires : 1 pour le patient, 1 pour le dossier du patient, 1 pour le secrétariat médical, 1 pour le Bureau des entrées.*

*Validé par le groupe identitovigilance le 6 Avril 2012*

**DPA/FOQ/07-11.04.12**



## FORMULAIRE DE REFUS DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS

Loi du 4.04.2002 relative aux droits du malade  
Article L.1111-6 du code de la santé publique

**Je soussigné(e)** Nom : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le 

--	--	--	--

 à \_\_\_\_\_

patient(e) hospitalisé(e) au Centre Hospitalier de Pont L'Evêque ou hébergé(e) en EHPAD

Domicilié à \_\_\_\_\_

Code postal 

--	--	--	--	--

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

Refuse que soient communiquées les informations concernant ma santé à :

Professionnels de santé

Mes proches

Mes ayants droit en cas de décès

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

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

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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

En tant que mineur, je refuse que les informations soient communiquées aux titulaires de l'autorité parentale.

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

***Cela vaut pour toute la durée de l'hospitalisation, sauf avis contraire de ma part ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.***

Date et signature du (de la)  
patient(e) hospitalisé(e)

## Les modalités pratiques de la communication des informations

Elles ont été fixées par le décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L 111-7 et L 1112-1 du CSP et un arrêté du 5 mars 2004 - modifié le 3 juillet 2007 - portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.

### Vous souhaitez accéder à votre dossier médical pendant ou après votre séjour

- Vous devez adresser une demande écrite au Directeur de l'établissement. Il s'assurera, au préalable à la transmission, de votre identité et dispose d'un délai de **8 jours** pour vous communiquer les informations. Ce délai est porté à **2 mois** si les renseignements demandés datent de plus de **5 ans**. Il est donc nécessaire que votre demande soit accompagnée de toute pièce justificative de votre identité.
- Vous devez simplement formuler votre demande en étant le plus précis possible (souhaitez-vous recevoir l'intégralité des informations contenues dans votre dossier ? la copie d'un document spécifique ?)
- Vous pouvez, soit consulter votre dossier sur place (le cadre de santé vous indiquera les modalités de cette consultation gratuite), soit demander l'envoi des documents : dans ce cas les frais de copies (**coût ?** l'unité) et d'envoi (en recommandé avec accusé de réception si vous en faites la demande) resteront à votre charge.
- Vous pouvez également avoir accès à votre dossier par l'intermédiaire d'un médecin : les copies de documents seront adressées au médecin désigné par vos soins après que vous ayez réglé le montant des frais de reproduction et d'envoi.

*Remarque : Le médecin peut recommander qu'un tiers soit présent lors de la consultation de votre dossier médical, notamment s'il estime que certaines pièces du dossier peuvent vous choquer. Dans une pareille hypothèse, vous pouvez ou non accepter cette recommandation. Dans ce cas, Le médecin ne peut passer outre votre refus d'une telle préconisation.*

## FORMULAIRE « DE DIRECTIVES ANTICIPÉES »

*Droit du patient : faites nous connaître votre volonté.*

**Vous êtes à l'hôpital ou en EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes). Ce peut être le moment de prendre des décisions importantes, qui pourront être utiles un jour. Les prendre aujourd'hui évitera que d'autres les prennent ce jour-là à votre place, sans que vos volontés puissent être respectées, faute de les connaître.**

La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi « Léonetti ») permet à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées et le décret n° 2006-119 du 6 février 2006 fixe les modalités de mise en œuvre de ces directives.

### Définition

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou disproportionnée ou la prolongation artificielle de la vie.

L'avis de la personne de confiance désignée par vous-même prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées (Code de la Santé Publique - art. L.1111.12 nouveau).

### Comment les rédiger ?

Il s'agit d'un document écrit, que vous aurez daté et signé. Votre identité doit y être clairement indiquée (nom, prénom, date et lieu de naissance).

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer vous-même ce document, vous pouvez demander à deux témoins, dont votre personne de confiance si vous en avez désignée une, d'attester que le document que vous n'avez pu rédiger vous-même est l'expression de votre volonté libre et éclairée. Vos témoins devront indiquer leur nom et qualité. Leur attestation devra être jointe aux directives anticipées.

Le médecin devra se renseigner auprès de la personne de confiance, de la famille ou des proches ou du médecin traitant pour savoir s'il existe des directives anticipées.

### Durée de validité

Vos directives anticipées sont valables trois ans. Cette durée est renouvelable. Il suffit pour cela que vous le confirmiez sur votre document en le signant ou avec l'aide de vos témoins si vous ne pouvez pas signer.

### Conservation

**Vos directives seront le cas échéant conservées dans votre dossier patient, soit celui constitué par votre médecin de ville, soit en cas d'hospitalisation dans celui de l'hôpital (à remettre à l'infirmière du service qui en fera une copie et vous rendra l'original), soit en cas d'hébergement dans celui de l'institution.**

**Vous pouvez également conserver vous-même vos directives anticipées ou les remettre à votre personne de confiance, à un membre de votre famille ou à un proche. Dans ce cas, vous devez faire mentionner dans votre dossier patient ou dans le dossier du médecin de ville leur existence et le nom de la personne qui les détient.**

## « MES DIRECTIVES ANTICIPÉES »

loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Ce document est à compléter de façon manuscrite et à conserver au choix :

- Par soi-même,
- En le remettant à la personne de son choix,
- En le remettant à son médecin traitant ou au service d'accueil.

### Personne qui conserve ce document

- Personne elle-même
- Personne de confiance
- Proche
- Médecin traitant
- Service d'accueil dans le dossier patient

Nom : .....			
Prénom : .....			
Né(e) le <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
Adresse : .....			
.....			
 :			
Date et signature :			

Photocopie à remettre au patient à sa sortie ou lors d'un transfert s'il en exprime la demande, l'original est conservé dans le dossier patient.

Je signe ces directives anticipées (au verso de ce document) après y avoir longuement réfléchi. Elles sont l'expression de ma libre et dernière volonté. Je veux qu'elles soient respectées, je suis conscient (e) que je peux modifier ou annuler ces directives à tout moment.



**« MES DIRECTIVES ANTICIPEES »**  
*loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*

**Je soussigné(e) :** \_\_\_\_\_

**Né(e) le**    **à** \_\_\_\_\_

**Domicilié(e) à :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Enonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

Fait à :  le / /  Signature du patient ou résidant :	<b>1<sup>er</sup> témoin (si nécessaire)</b>	<b>2<sup>e</sup> témoin (si nécessaire)</b>
	Nom : .....	Nom : .....
	Prénom : .....	Prénom : .....
	Qualité : .....	Qualité : .....
	Signature :	Signature :

**Impératif : document à re-dater et à re-signer tous les 3 ans.**

Ces directives anticipées ont été confirmées par ma nouvelle signature :

A : .....	le : .....	Signature :
A : .....	le : .....	Signature :
A : .....	le : .....	Signature :
A : .....	le : .....	Signature :

# Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adultes et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.

## 1 Choix de vie

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

## 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.

## 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.

## 4 Présence et rôles des proches

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

## 5 Patrimoine et revenus

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

## 6 Valorisation de l'activité

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

## 7 Liberté de conscience et pratique religieuse

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

## 8 Préserver l'autonomie et prévenir

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

## 9 Droits aux soins

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

## 10 Qualification des intervenants

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

## 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.

## 12 La recherche : une priorité et un devoir

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

## 13 Exercice des droits et protection juridique de la personne

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

## 14 L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

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

**fng**

Fondation Nationale de Gérontologie

49, rue Mirabeau - 75 016 PARIS - Tél : 01 55 74 67 00 - [www.fng.fr](http://www.fng.fr)