

**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 2021 (par jour)

*Tarifs entrés en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2021.*

	Hébergement résidents plus 60 ans	Hébergement résidents – 60 ans (*)
<b>Hébergement</b>	66,73 €	83,81 €

Tarifs Dépendance nets de taxe au 1 <sup>er</sup> juillet 2021			
	GIR 1/2	GIR 3/4	GIR 5/6
<b>Hébergement</b>	22,12 €	14,04 €	5,96 €

Pour les personnes de plus de 60 ans, le prix de journée (tarif hébergement + tarif dépendance GIR 5/6) s'élève donc à :  $66.73 + 5.96 = 72.69€$

### 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"/> 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> </ul> |
|---|---|

#### Allocation personnalisée d'autonomie

La grille GIR sera remplie par l'équipe soignante.  
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 MULTIRESISTANTE

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**

OUI  NON

Cécité    
Surdité

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

OUI  NON

**REEDUCATION**

Kinésithérapie    
Orthophonie

Autre (préciser)

OUI  NON

--

**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

# 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>			

# 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 »):

# 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*

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 recouvrir 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 :                    /                    /

# 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.***

## 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'Evêque.

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 :

**FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR L'UTILISATION DE L'IMAGE D'UNE  
PERSONNE**

Je soussigné(e) (Nom, Prénom du résident) .....

ou son représentant légal (Nom, Prénom, Adresse)

.....  
.....  
.....

Accorde au Centre Hospitalier de Pont-l'Evêque la permission d'utiliser et de publier des photographies me représentant ou représentant mon proche lors de ma présence dans l'établissement.

Cette autorisation concerne le projet suivant : (rayer la mention inutile)

- *Journal interne*
- *Exposition de photos à l'EHPAD*
- *Publications presse locale*
- *Site internet du Centre Hospitalier*

**Autorise**

**N'autorise pas**

Fait en deux exemplaires à Pont-l'Evêque le

Le Résident ou son représentant  
légal

Le Directeur ou son  
représentant