CENTRE HOSPITALIER de Pont l'Évêque

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

cerfa
N° 14732*01

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 Foubert, en charge de la gestion administrative des dossiers d'admission en EHPAD (☎ 02 31 65 31 10) 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.

CENTRE HOSPITALIER de Pont l'Évêque

TARIFS HÉBERGEMENT ET DÉPENDANCE 2023 (par jour)

Les prix de **journée hébergement nets de taxe** sont fixés à compter du **1er mai 2023** à :

	Tarifs Hébergement nets de taxe au 1er mai 2023	
	Hébergement résidents plus 60 ans	**Hébergement résidents - 60 ans (*)**
Hébergement Permanent	69,41 €	87,22 €
Hébergement temporaire	69,41 €	87,22 €

Les tarifs journaliers dépendance suivants sont applicables, à compter du **1er mai 2023**, aux résidents admis dans l'établissement cité à l'article 1er :

	Tarifs Dépendance nets de taxe au 1er mai 2023		
	GIR 1/2	**GIR 3/4**	**GIR 5/6**
Hébergement Permanent	23,07 €	14,64 €	6,21 €
Hébergement temporaire	23,07 €	14,64 €	6,21 €

Soit un tarif journalier, pour une personne de plus de 60 ans : 69.41 + 6.21 = **75.62€**

Pièces et documents à fournir

- ☐ Carte nationale d'identité
- ☐ Livret de famille (copie)
- ☐ Carte vitale et carte de mutuelle
- ☐ Jugement de tutelle, curatelle ou mandat spécial
- ☐ Engagement de payer les frais d'hébergement si payant
- ☐ Versement d'un mois d'avance à l'entrée si payant
- ☐ Engagement selon facultés contributives à signer par chacun des obligés alimentaires
- ☐ Attestation assurance responsabilité civile
- ☐ Dérogation d'âge pour les moins de 60 ans
- ☐ 2 photos d'identité
- ☐ Photocopie contrat d'obsèques
- ☐ Avis d'imposition de l'année en cours et de l'année précédente
- ☐ Justificatifs des revenus (montant à déclarer des différentes caisses de retraite ayant servi à établir la déclaration d'impôts)
- ☐ Titres d'attribution de retraite
- ☐ Relevé d'identité bancaire
- ☐ 6 derniers extraits de compte
- ☐ Livret (s) épargne, placements

Allocation personnalisée d'autonomie

La grille GIR sera remplie par l'équipe soignante.

Pour le Calvados : 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 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 aidant[1] : OUI ☐ NON ☐

Désignation d'une personne de confiance[2] : 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 séniors ☐ 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)

SAAD[1] ☐ SSIAD[2] ☐ SPASAD[3] ☐ 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 COURS[1] ☐

Si OUI, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Habilitation familiale[2] ☐

Mandat de protection future[3] actif[4] ☐ 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 difficile[1] ☐

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 anticipées[2] ? 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 santé[1]
	ALD : OUI ☐ NON ☐
Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).	

Taille		**Poids**		**Amaigrissement récent[2]**	**Oui**	**Non**

Conduite addictive	**Oui**	**Non**	**Déficiences sensorielles[3]**	**Oui**	**Non**	**Rééducation**	**Oui**	**Non**
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI☐ NON ☐			Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile			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** / **Ne sait pas**		*si oui, précisez :*
			date du dernier prélèvement :

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

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

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

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

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

[1] A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.
[2] B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.
[3] C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.
[4] Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe *(morphine, insuline, ...)*		

Durée du soin :
Type de pansement *(préciser)* **:**

<u>Commentaires (MMS, évaluation gérontologique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)</u>
Signature, date et 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			
TOTAL			

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 1er 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 ou la personne demandeuse serait propriétaire, le Département hypothèquera 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

Etes-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)

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……
va 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 : ❒ conjoint ❒ enfant ❒ petit enfant ❒ autre :
Adresse :
Signature :

Nom : Prénom :
Lien de parenté : ❒ conjoint ❒ enfant ❒ petit enfant ❒ autre :
Adresse :
Signature :

Nom : Prénom :
Lien de parenté : ❒ conjoint ❒ enfant ❒ petit enfant ❒ autre :
Adresse :
Signature :

Nom : Prénom :
Lien de parenté : ❒ conjoint ❒ enfant ❒ petit enfant ❒ autre :
Adresse :
Signature :

Nom : Prénom :
Lien de parenté : ❒ conjoint ❒ enfant ❒ petit enfant ❒ autre :
Adresse :
Signature :

CENTRE HOSPITALIER
de Pont l'Évêque

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.

❑ **Autorise** ❑ **N'autorise pas**

Fait en deux exemplaires à Pont-l'Evêque le

Le Résident ou
son Représentant légal