





N°14732*03

DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

Nom:	
Prénom :	
Date de dépôt ://	
1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE	SOUHAITÉ
Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée ://	Date d'entrée souhaitée ://
Immédiate : OUI \square NON \square	Immédiate : OUI □ NON □
Dans les 6 mois : OUI \square NON \square	Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐
Échéance plus lointaine : OUI \square NON \square	Échéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐
Date exacte (le cas échéant) ://	Date exacte (le cas échéant) ://
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) :
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI \square NON \square	
Accueil de jour Date d'entrée souhaitée : / /	Accueil de nuit Date d'entrée souhaitée : / /
	Immédiate : OUI □ NON □
Immédiate : OUI ☐ NON ☐	
Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐	Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐
Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐	Echéance plus lointaine : OUI NON -
Date exacte (le cas échéant) ://	Date exacte (le cas échéant) ://
Combien de jours ou de demi-journées par semaine	
(précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) :/	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) :
soundites)	,
	_
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI \square NON \square	
Commentaire de l'établissement	

En cas de besoin, je vous invite à prendre contact avec Céline Foubert, en charge de la gestion administrative des dossiers d'admission en EHPAD (@ 02 31 65 31 10 ou \boxtimes c.foubert@ch-ple.fr) ou bien avec Emmanuel Grandjean au secrétariat de direction (@ 02 31 65 32 08).

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention: Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission. La version

dématérialisée du dossier est disponible sur le site : http://www.service-public.fr./.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- un volet administratif: il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.); Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal.
- un volet médical : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES ¹	:
□ Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport	
□ Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance	
□ Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers	
□ Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)	
□ Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)	
☐ Justificatifs attestant du montant de retraite	
□ Copie des 3 derniers relevés bancaires, épargne et placements	
□ Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition	
□ Photocopie de la dernière taxe foncière (si propriétaire)	
 Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant) 	
□ Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	
□ Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant))
□ Copie du contrat obsèques	
□ 1 photo d'identité	
□ 1 relevé d'identité bancaire (RIB)	
□ Copie attestation assurance responsabilité civile	

	Tarifs Hébergement nets de taxe au 1er mai 2024				
	Hébergement résidents plus 60 ans	Hébergement résidents - 60 ans (*)			
Hébergement Permanent	71,72 €	90,35 €			

(*) dont 18,63 € au titre de la dépendance.

	Tarifs Dépendance nets de taxe au <u>1^{er} mai 2024</u>					
	GIR 1/2	GIR 3/4	GIR 5/6			
Hébergement Permanent	24,13€	15,32 €	6,50€			

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

<u>Civilité</u> : 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 □ Pace		Divorcé(e) □
Nombre d'enfant(s) :		
Présence d'un aidant 1 : OUI \square NON \square		
Désignation d'une personne de confiance ²	:OUI □ NON □	
Existence d'un animal de compagnie : OUI		
2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE (CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention <u>utile</u>)	
Domicile ☐ Chez enfant/proche ☐ EHPAD ☐ Autre (précisez) :	Résidence autonomie □ Résidence service séniors □ Long séj	our 🗆
<u>Adresse</u>		
N° voie, rue, boulevard		
Code postal Co	ommune/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.

²La 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)).

<u>Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes</u> ? (Cocher la mention <u>utile</u>)								
SAAD¹ ☐ SSIAD² ☐ SPASAD³ ☐ Accueil de jour ☐ HAD ☐ Autre (précisez) :								
Etes-vous accompagné par un dispositif d	Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA)⁴? OUI ☐ NON ☐							
Contexte de la demande d'admis	ssion (Toute information utile à préciser)							
3. COORDONNÉES DES PERSON	NES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE							
	me : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)							
-	: OUI ☐ NON ☐ (si <u>OUI</u> , 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 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 C	Commune/ville							
Téléphone fixe	Téléphone portable							
Adresse email	<u>@</u>							
Proche aidant : OUI ☐ NON ☐ Personne de confiance : OUI ☐ NON ☐								

 $^{^{1}\,\}mbox{SAAD}$: 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 \square EN COURS ¹ \square						
Si OUI, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle [☐ Sauvegarde de justice ☐ Habilitation familiale² ☐						
Mandat de protection future 3 actif 4 \square	non actif 🗆						
État civil de la personne chargée de la p	protection juridique ou dénomination sociale						
<u>Civilité :</u> 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 Con	nmune/ville						
Téléphone fixe	Téléphone portable						
Adresse email							
5. COORDONNEES DU MEDECIN T	RAITANT						
Un médecin traitant a-t-il été désigné ?	: OUI □ NON □						
Si OUI :							
Nom Prénom							
Tellom							
<u>Adresse</u>							
N° Voie, rue, boulevard							
Code postal Cor	nmune/ville						
Téléphone fixeTéléphone portable							
Adresse email							

 $^{^{\}rm 1}\,{\rm Demande}$ d'ouverture de protection juridique effectuée.

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)

Signature de la personne concernée ou de

son représentant légal

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 \square NON \square DEMANDE EN COURS \square Allocation logement (APL/ALS) : OUI \square NON \square DEMANDE EN COURS \square APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI \square NON \square DEMANDE EN COURS \square APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐ Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI \square NON \square Prestation pour tierce personne : OUI \square NON \square **AUTRES COMMENTAIRES** Date de la demande : ____/ ____/ ____

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 o	u l'accueil	Demande urgente OUI ☐ NON ☐
<u>Civilité</u> : Monsieur □ Madame □		, and the second
Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom(s)		
Date de naissance		
Médecin qui renseigne le dossier Nom –		
<u>prénom :</u>		
Adresse :		
N° de téléphone :		
Contexte de la demande (cocher la mention	utile)	
Soutien à domicile difficile¹ ☐		
Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psych	niatrie) \square , le cas échéant indiquez la date	e de sortie :
Changement d'établissement □	, _,	
La personne concernée est-elle actuelleme Si oui, dans quel service ?		
Si oui, dans quei service :		
La personne a-t-elle rédigé des directives a	ınticipées² ? OUI □ NON □	
Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : 0	DUI □ NON □	
Coordonnées du médecin traitant (si diffé	rent du médecin qui renseigne le dossier)	
Nom - Prénom	· · · · · ·	
Adresse - N° Voie,		
rue, boulevard		
Code postal Co	ommune/ville	
	ane, vine	
Téléphone fixe	Téléphone portable	<u>-</u>
Adresse email		
Le futur résident est-il suivi par un médeci	n spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue	e, etc.) ? : OUI □ NON □ Coordonnées
·	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
<u>du médecin spécialiste :</u>		

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 médi	caux, ch	nirurgicau	ıx, psy	chiatriques			tuelles et état de s	santé ¹		
Traitements en cou	ırs ou jo	oindre les	ordon	nances (si ordonna		: OUI □		e remp	olir le ca	dre).
Conduite	Oui	P Non		péficiences ensorielles ³	Oui	Amaigr récent ² Non	issement Rééducation	Oui	Non	Non
ii OUI, précisez lad ii OUI, précisez si cours de sevrage C	quelle :		S	i OUI, précisez aquelle : visuelle ; auditive gustative olfactive vestibulaire tactile	Oui	Non	Si OUI, précise laquelle : - Kinésithéra - Orthophor - Autre (précisez)	apie	Oui	Non
Risque de chute	Oui	Non	R	isque de fausse	Oui	Non	Soins palliatifs		Oui	Non

route

 $^{^{\}rm 1}\,\mbox{Faire}$ 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	Oui	Non	si oui, précisez :
multi résistante	te Ne sait pas		
			date du dernier prélèvement :

Données sur l'autonomie		A¹	B ²	C ₃	Symptômes	Oui	Nor
					comportementaux et psychologiques ⁴		
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)					Idées délirantes		
Déplacement	À l'intérieur				Hallucinations		
	À l'extérieur				Agitation, agressivité		
Toilette	Haut				Dépression, dysphorie		
	Bas				Anxiété		
					Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Elimination	Urinaire				Apathie, indifférence		
	Fécale				Désinhibition		
Habillage	Haut				Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
	Moyen				Comportement moteur aberrant :		
					- déambulations		
					pathologiques		
					- gestes incessants		
					 risque de sorties non accompagnées 		
	Bas				Troubles du sommeil		
Alimentation	Se servir				Troubles de l'appétit		
	Manger						
Alerter							
Orientation	Temps				Appareillages	Oui	No
	Espace				Fauteuil roulant		
Cohérence	Communication				Lit médicalisé		
	Comportement				Matelas anti-escarres		
					Déambulateur / canne		
					Orthèse		
					Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Soins techniques		Oui	Non		Pacemaker		
Oxygénothérapie					Autres (précisez) :		
- Continue	2						1
- Non con	tinue				Pansements ou soins cutanés	Oui	No
Sondes d'alimenta	tion				- Soins d'ulcère		
Sondes trachéoton	nie				- Soins d'escarres		
Sonde urinaire					Localisation :	•	
Castrostomio					Stada		

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

 $^{^2\,\}text{B} = \text{fait partiellement}: \text{non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.}$

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

[;] irritabilit'e/Instabilit'e de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; app'etit. (HAS-Inventaire neuropsychiatrique).

Colostomie	Durée du soin :
Urétérostomie	Type de pansement (préciser) :
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)	
Chambre implantable / PICC Line	
Dialyse péritonéale	
Pompe (morphine, insuline,)	

Commentaires (MMS, évaluation gérontologique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)
Signature, date et cachet du médecin

COORDONNEES DU CONJOINT ET DES ENFANTS

(Éventuellement des petits-enfants et/ou frères et sœurs)

Nom :		Prénom :	
Lien de parenté : 🗖 conjoint	☐ enfant	☐ petit enfant ☐ autre :	
Adresse :			~ ·
<u> </u>			
Nom:		Prénom :	
Lien de parenté : □ conjoint	enfant	☐ petit enfant ☐ autre :	
Adresse :			* :
			—
<u> </u>	@		
Nom:		Prénom :	
Lien de parenté : 🗖 conjoint	enfant	\square petit enfant \square autre :	
Adresse :			
			* :
<u> </u>	@		
Nom :		Prénom :	
Nom : Lien de parenté : □ conjoint	□ enfant		
	□ enfant		•
Lien de parenté : ☐ conjoint	□ enfant		~ :
Lien de parenté : ☐ conjoint		petit enfant autre :	* :
Lien de parenté : ☐ conjoint Adresse :		petit enfant autre :	* :
Lien de parenté : ☐ conjoint Adresse : □ :	@	petit enfant autre :	* :
Lien de parenté : ☐ conjoint Adresse : ☑ :	@	petit enfant autre :	* :
Lien de parenté : ☐ conjoint Adresse : ☑ :	@	petit enfant autre :	☎ :
Lien de parenté : ☐ conjoint Adresse : ☑ :		petit enfant autre : Prénom : petit enfant autre :	
Lien de parenté : ☐ conjoint Adresse : Nom : Lien de parenté : ☐ conjoint Adresse :		petit enfant autre : Prénom : petit enfant autre :	
Lien de parenté : ☐ conjoint Adresse : Nom : Lien de parenté : ☐ conjoint Adresse : □ :	enfant	petit enfant autre : Prénom : petit enfant autre :	
Lien de parenté : ☐ conjoint Adresse : Nom : Lien de parenté : ☐ conjoint Adresse : Nom : Lien de parenté : ☐ conjoint	enfant	petit enfant autre : Prénom : petit enfant autre : Prénom :	
Lien de parenté : ☐ conjoint Adresse : Nom : Lien de parenté : ☐ conjoint Adresse : Nom :	enfant	petit enfant autre : Prénom : petit enfant autre : Prénom :	

RESSOURCES

Caisse de retraite		MONTANT				
(nom et adresse)	Mensuel	Trimestriel	Annuel			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
		1				
<u>TOTAL</u>						
	BIENS IMMOBILIERS					
Etes-vous propriétaire ?		oui	□ non			
Nom du notaire						
Adresse :						
Téléphone et adresse mail						
	BIENS M	OBILIERS				
Livrets, comptes bancaires ou postaux	ι (livret A, Codevi, PEP) et capitaux pl	acés (actions et obligations)				
_ Na.	n et numéro		Montant			
INON	n et numero		IVIUIIIdIIL			

Nom et numéro	Montant	

PAIEMENT DES FRAIS DE SÉJOUR

Les ressources sont-elles suffisantes pour régler les frais de séjour ?			
☐ oui ☐ non (v	oir pour demande d'aide sociale)		
Je soussigné(e) □ M. □ Mme			
m'engage par la présente à régler les frais d'hébergemen	t de l'EHPAD de :		
☐ M. ☐ Mme			
Je déclare avoir pris connaissance des tarifs hébergemen	t et dépendance de l'année en cours.		
Date: / /	Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :		
ADRESSE DE	FACTURATION		
Nom, Prénom :			
Adresse :			
☎: ⊠:	@		

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 d'aide sociale à l'hébergement.

EN CAS DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT **ENGAGEMENT DE VERSEMENT DE 90% DES RESSOURCES MENSUELLES**

Dans l'attente de la décision du Conseil Départemental, je vous informe que l'établissement vous demandera de vous acquitter par virement de 90% des ressources mensuelles de la personne hébergée.

Je soussigné	é(e) □ M. □ Mme		
Déclare m'e	ngager à verser 90%	% des revenus m	ensuels de
□ M. □ Mm	ne		
•			, pour son placement en Etablissement (EHPAD) du Centre Hospitalier de Pont-l'Evêque.
Et ce, dans l	'attente de la décis	ion de la commis	ssion d'aide sociale.
Fait à :			
Date :	/ /		Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »):
Identité de l	la personne ayant s	igné l'engageme	nt
	EN CAS DE	REFUS D'	AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT
Je soussigné(e)	□ M. □ Mme		
	<u> </u>		
•			
			onseil Général à régler les frais d'hébergement de
□ M. □ Mme			
A compter de facultés contrib		dans l'établissen	nent le, et ce, en fonction de mes
	a fixée par jugemei		amiable entre les obligés alimentaires, la répartition de la dette uge des Affaires Familiales du Tribunal de Grande Instance de mon
Date :	/ /		Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »):

CENTRE HOSPITALIER DE PONT-L'EVEQUE



FORMULAIRE DE DROIT A L'IMAGE. Page 1 sur 1

Indexation: DROITPR/FOQ/15-20.12.23

Date de modification : 09/07/2024

Version C

Le droit à l'image est le droit de toute personne physique à disposer de son image, quelle que soit la nature du support de publication ou de diffusion de l'image (Article.9 du code civil sur le respect de la vie privée et l'article 226.8 du code pénal sur les sanctions encourues dans le cadre de certaines utilisations de l'image). Dans ces conditions, un accord de votre part, objet de la présente autorisation, est nécessaire pour que l'image et/ou la voix puissent faire l'objet d'une captation et d'une utilisation. Il en est de même pour la diffusion de vos productions.

Je soussigné (e) :			
Nom: Prénom:			
Résident(e) à l'EHPAD du Centre Hospitalier de Pont-l'Evêque,			
Dans le cas d'un résident sous tutelle ou en incapacité de compléter le f	<u>ormulaire</u>		
Je soussigné (e) :			
Nom: Prénom:			
Adresse :			
Représentant (e) légal (e) de □ Madame □ Monsieur			
Nom: Prénom:			
Résident(e) à l'EHPAD du Centre Hospitalier de Pont-l'Evêque,			
autorise – n'autorise pas (barrer la ment	ion inutile)		
☐ La prise de photographies, d'enregistrement de son ou de vidéo dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement,			
☐ La diffusion des photographies et/ou d'enregistrement de sor usages suivants :	n ou de vidéo réalisées pour les		
 Expositions de photographies au sein de l'établiss 	ement,		
 Publications sur le site internet et les réseaux soc 	iaux de l'établissement,		
☐ Articles de la presse locale.			
Nous vous informons que dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament , nous prendrons une photo du résident pour qu'elle apparaisse dans son dossier médical informatisé interne à l'établissement			
Cette autorisation concerne la durée d'hébergement mais peut être révoquée à tout moment.			
Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que ceux mentionnées ci-dessus. La publication ou la diffusion des photographies ne devront pas porter atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en fait et le droit de retrait des photographies.			
Date: / /	Signature		
Fait en deux exemplaires : - Un dans le dossier du résident - Un remis au résident ou à son représentant			



FORMULAIRE ENTRETIEN DU LINGE PERSONNEL DU RESIDENT

Il est obligatoire de marquer le linge des résidents avant l'entrée en EHPAD.

Si cela n'est pas fait l'établissement ne sera pas responsable de la perte.

Je soussigné(e) , (à remplir par la famille ou son représo	entant légal)		
Nom :			
Prénom :			
Lien de parenté ou représentant légal :			
Identité du Résident			
Nom :			
Prénom :			
Date de naissance :			
Unité : Chambre :			
Demande que le linge personnel du résident soit entreter	nu par :		
□ La famille			
☐ L'établissement			
	Fait à Pont-l'Evêque le	/	/
	Signature de la fa du représentan		ı
	ad representant	r iebui	
Fait en 2 exemplaires :			

- 1 dans le dossier du résident
- 1 remis au service