

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

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

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ____/____/____

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

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

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ____/____/____	Date d'entrée souhaitée : ____/____/____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ____/____/____	Date exacte (le cas échéant) : ____/____/____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : ____/____	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : ____/____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Commentaire de l'établissement

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 ✉ 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 EHPAD.

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

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission. La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

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

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

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

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES¹ :

- 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 1 ^{er} janvier 2025	
Hébergement résidents plus 60 ans	Hébergement résidents - 60 ans (*)
70,70 €	88,99 €

	Tarifs Dépendance nets de taxe au 1 ^{er} janvier 2025		
	GIR 1/2	GIR 3/4	GIR 5/6
Hébergement Permanent	23,68 €	15,03€	6,38 €

(*) dont 18,29 € au titre de la dépendance.

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

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

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

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance | | | | | | | | | |

Nationalité | | | | | | | | | |

N° Sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° CAF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance² : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI NON

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence service seniors Long séjour

EHPAD Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Code postal | | | | | | | | | | Commune/ville | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ----- ____

Adresse email _____ @ _____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA...)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Personne A : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 1

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ----- ____

Adresse email _____ @ _____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Personne B : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse 2

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ----- ____

Adresse email _____ @ _____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

¹SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

²SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe _____ - _____ - _____ - _____ - _____ Téléphone portable ----- _____

Adresse email _____ @ _____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom

Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe _____ - _____ - _____ - _____ - _____ Téléphone portable ----- _____

Adresse email _____ @ _____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez : _____
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

Date de la demande : ___/___/_____

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Civilité : Monsieur Madame

Demande urgente OUI NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

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

Médecin qui renseigne le dossier Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI NON

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ----- ____

Adresse email _____@_____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI NON **Coordonnées**

du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques**Pathologies actuelles et état de santé¹**

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Amaigrissement récent²

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles ³	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez)		

Risque de chute

Oui	Non
-----	-----

Risque de fausse route

Oui	Non
-----	-----

Soins palliatifs

Oui	Non
-----	-----

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³	Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
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		
Elimination	Urinaire				Exaltation de l'humeur/dysphorie		
	Fécale				Apathie, indifférence		
Habillage	Haut				Désinhibition		
	Moyen				Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
	Bas				Comportement moteur aberrant : - déambulations pathologiques - gestes incessants - risque de sorties non accompagnées		
Alimentation	Se servir				Troubles du sommeil		
	Manger				Troubles de l'appétit		
Alerter							
Orientation	Temps				Appareillages	Oui	Non
	Espace				Fauteuil roulant		
Cohérence	Communication				Lit médicalisé		
	Comportement				Matelas anti-escarres		

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

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

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

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

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

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

Durée du soin :
Type de pansement (<i>préciser</i>) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, 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 : <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> petit enfant <input type="checkbox"/> autre :	
Adresse :	 :
 :@.....	

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

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

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

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

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

RESSOURCES

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

BIENS IMMOBILIERS

Etes-vous propriétaire ?

oui

non

Nom du notaire	
Adresse :	
Téléphone et adresse mail	

BIENS MOBILIERS

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

Nom et numéro	Montant

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 ») :

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.

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'Évêque,

Dans le cas d'un résident sous tutelle ou en incapacité de compléter le formulaire

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'Évêque,

autorise – n'autorise pas (barrer la mention 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 son ou de vidéo réalisées pour les usages suivants :

- Expositions de photographies au sein de l'établissement,
- Publications sur le site internet et les réseaux sociaux 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 : / /

- Fait en deux exemplaires :
- Un dans le dossier du résident
 - Un remis au résident ou à son représentant

Signature

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 représentant 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 entretenu par :

La famille

L'établissement

Fait à Pont-l'Évêque le / /

Signature de la famille ou
du représentant légal

Fait en 2 exemplaires :
- 1 dans le dossier du résident
- 1 remis au service