

Résidence Hector Malot

228 chambres individuelles
Dont 45 places en unités sécurisées
14 places de PASA

74 avenue de Stalingrad
94120 Fontenay-sous-Bois
01.41.95.41.00

Résidence Dame Blanche

99 chambres individuelles et 1 chambre double
Dont 12 places en unité sécurisée

45 avenue de la Dame Blanche
94120 Fontenay-sous-Bois
01.43.94.62.00

Résidence Les Murs à Pêches

90 chambres individuelles
Dont 15 places en unité sécurisée et une unité gériatrie-psychiatrie de 15 places

198-200 rue de Rosny
93100 Montreuil
01.49.93.45.00

Résidence La Seigneurie

68 chambres individuelles

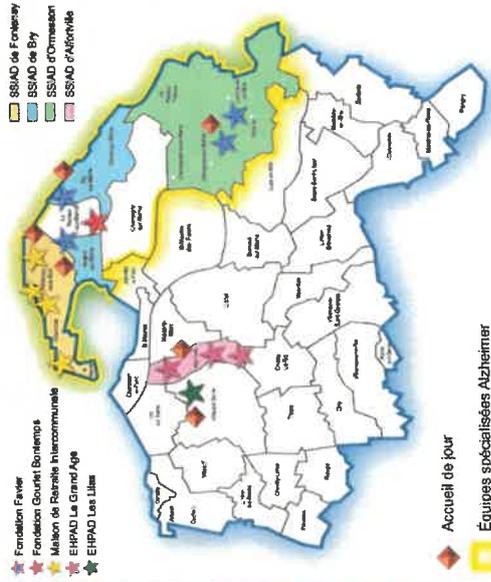
57 rue du Commandant Mouchotte
94160 Saint-Mandé
01.49.74.83.00

N'hésitez pas à nous contacter afin de programmer une visite.

Le GCSMS

les EHPAD publics du Val-de-Marne

Un réseau d'accompagnement des personnes âgées dans le Val-de-Marne
www.gcms-ehpadpublics94.fr



7 Accueils de jour



4 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)



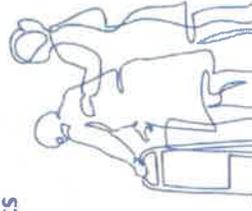
2 Equipes mobiles spécialisées Alzheimer à domicile (ESA)



Hébergements temporaires



EHPAD dont des Unités sécurisées, UHR, PASA



Résidence Hector Malot, Fontenay-sous-Bois



Résidence Dame Blanche, Fontenay-sous-Bois



Résidence La Seigneurie, Saint-Mandé



Résidence Les Murs à Pêches, Montreuil

MAISON DE RETRAITE INTERCOMMUNALE

La Maison de retraite Intercommunale est un établissement médico-social visant à offrir aux personnes âgées un accompagnement de qualité en adéquation avec leurs besoins et attentes



Prix par jour pour l'hébergement : 75,45 €



L'établissement compte 486 chambres réparties en 4 résidences, avec 75 places en unités sécurisées et 14 places de PASA.

Un lieu de vie

Vous disposez d'un domicile individuel d'environ 25m² avec douche et WC, doté du confort adapté à votre séjour (lit médicalisé, table de nuit réfrigérée et mobilier de chambre...).

Vous pouvez personnaliser votre chambre à votre convenance.

Un espace de vie sociale

L'établissement est un lieu convivial et de liens sociaux.

Pour garder les plaisirs de la table, les repas sont préparés quotidiennement par notre équipe de cuisiniers et diététiciens. Ils sont servis en salle à manger pour permettre les échanges. Vous pouvez également inviter vos proches à déjeuner.

Des activités vous sont proposées par les professionnels et une équipe d'animation pour favoriser des moments de partage. Des services vous sont également proposés afin d'améliorer votre vie quotidienne (coiffure...)



“
Qualité et
accessibilité
”



Un lieu de soins

L'établissement est un lieu de vie médicalisé dans lequel des soins quotidiens et essentiels sont prodigués.

Un personnel qualifié permet d'assurer l'accompagnement dont vous avez besoin :

- Suivi médical assuré par des médecins gériatres, qui réalisent des astreintes 24h/24 et 7j/7
- Soins quotidiens dispensés jour et nuit par une équipe d'infirmières, d'aides-soignantes, d'aides médico-psychologiques et d'agents de service
- Accompagnement spécifique proposé par une équipe de psychologues, psychomotriciens, et d'ergothérapeutes
- Des intervenants libéraux peuvent également intervenir sur place



MODALITES D'ADMISSION

Pour toute demande d'information, l'accueil est à votre disposition :

74 avenue de Stalingrad
94120 Fontenay-sous-

Bois

01 41 95 41 00



CONTACT PAR MAIL

Les dossiers d'admission peuvent être retirés auprès de l'accueil de la résidence ou envoyés par mail sur simple demande à :

admissions@mr194.fr



VISITE

Vous serez contacté par la suite pour une demande de visite de pré-admission.

PIECES A FOURNIR POUR LE DOSSIER D'ADMISSION

- Courrier de demande d'admission *adressé au directeur de l'établissement*
 - Copie du livret de famille *et/ou l'extrait d'acte de naissance*
 - Carte d'identité *(en cours de validité)*
 - 2 Photos d'identité *récentes*
 - Carte vitale ainsi que l'attestation de la sécurité sociale *et éventuellement, la prise en charge à 100% (à fournir impérativement lors de l'entrée dans l'établissement)*
 - Carte Vitale et Carte mutuelle *(recto - verso)*
 - Copie du jugement de la mesure de protection en cours
 - Récépissé de la demande d'aide sociale *délivré par le centre communal d'action sociale (CCAS) à la mairie du domicile de la personne concernée*
 - Notification d'attribution de l'aide sociale *(déjà accordée)*
 - Notification d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
 - Justificatifs annuels des pensions et des caisses de retraite *notamment notification d'attribution retraite de la CNAV ou de la retraite principale*
sinon : Copie des 3 derniers relevés de compte bancaire
 - Montant mensuel des ressources *(à mentionner dans le dossier administratif)*
 - Avis d'imposition ou de non imposition *(photocopie 4 pages)*
 - Photocopie de la déclaration d'impôt de l'année en cours
 - Taxe foncière et taxe d'habitation
- Si aide sociale :** Copie des 3 derniers relevés de compte bancaire
Copie de l'échéancier de la mutuelle
- Relevé d'Identité Bancaire *(propre à la personne, pas celui d'un parent)*
 - Autorisation de prélèvement automatique *(complétée et signée)*
 - Contrat obsèques *(le cas échéant)*



cerfa
N° CERFA 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 (CASF)

HECTOR MALOT

74 Avenue de Stalingrade 94120 Fontenay-Sous-Bois

LA DAME BLANCHE

45 Avenue de La Dame Blanche 94120 Fontenay-Sous-Bois

LES MURS A PECHE

198 Rue de Rosny 93100 Montreuil

LA SEIGNEURIE

57 Rue du Commandant René Mouchotte 94160 Saint-Mandé

SITE INDIFFERENT

RESERVE A L'ETABLISSEMENT



cerfa
N° CERFA 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 (CASF)

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

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'EHPAD qui pourra émettre un avis sur la possibilité de l'établissement à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- 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)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter via trajectoire, le cas échéant.

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

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 CASF.

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 CASF (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, etc.)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)

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

--

Code postal

--	--	--	--	--

Commune/ville

--

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

Adresse email _____ @ _____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse

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 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 la mention utile)

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 en 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 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	Déficiences sensorielles ³	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			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 :
Oui	Non	si oui, précisez :
Ne sait pas		
date du dernier prélèvement :		

Portage de bactérie multi résistante

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			
Élimination	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		

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

Appareillages	Oui	Non
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 :		

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).

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

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

Commentaires (MMS, évaluation g erontologique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin



Charte des droits et libertés
de la personne accueillie

 L'État, le Québec et le territoire du Nunavut Bonneville Française	Ministère de l'Énergie, du Travail, et de la Cohésion sociale
	Ministère de la Santé et de la Protection sociale
	Ministère de la Famille et de l'Enfance

Direction générale de l'action sociale

La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 renouvant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette loi régit près de 32 000 structures, ce qui représente plus d'un million de places et plus de 400 000 salariés.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie parue dans l'annexe à l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L.312-4 du code de l'action sociale et des familles, est un des sept nouveaux outils pour l'exercice de ces droits.

Article 1 - Principe de non discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévue par la loi, nul ne peut être l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique et sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2 - Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3 - Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge et d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les modalités d'exercice ouvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer au vu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4 - Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice et des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- 1°) la personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qu'il lui sont offertes soit dans le cadre d'un service d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2°) le consentement éclairé de la personne doit être recueilli, en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, ses capacités et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension, projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne, lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix, lors des démarches nécessaires par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5 - Droit à la requalification

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement, dans les conditions de capacités, d'attente et d'attente ainsi que de communication, prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation, et des procédures de révision prévues en ces domaines.

Article 6 - Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement, doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des frères et sœurs, dans le respect des souhaits de la personne, de la mère de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurent l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes mariés ou des personnes et familles en difficulté ou en situation de détresse, prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toutes mesures utiles à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisés et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7 - Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois édictées.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8 - Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de contrôle ou de contrôle renforcé, il est garanti à la personne la possibilité de choisir librement. A cet égard, les valeurs dans l'insertion, à l'exclusion de celle-ci sont favorisées.

Dans les limites fixées et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9 - Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou contra-indiquées et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10 - Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11 - Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse y compris la visite de représentants des différents confessions doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnes et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12 - Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intimité de la personne sont garantis. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.



LA PERSONNE DE CONFIANCE



Vous êtes majeur(e) : vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance » que vous choisirez librement dans votre entourage.

I. En quoi la personne de confiance peut-elle m'être utile ?

Votre personne de confiance peut vous être très utile :

> pour vous accompagner dans vos démarches et assister à vos entretiens médicaux : ainsi pourra-t-elle éventuellement vous aider à prendre des décisions;

> dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions : le médecin ou éventuellement, en cas d'hospitalisation, l'équipe qui vous prend en charge, consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée.

L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions.

Vous pouvez en outre confier vos directives anticipées à votre personne de confiance.

II. Quelles sont les limites d'intervention de ma personne de confiance ?

La personne de confiance ne pourra pas obtenir communication de votre dossier médical (à moins que vous lui fassiez une procuration exprès en ce sens). De plus, si vous souhaitez que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances. En revanche, si votre personne de confiance doit être consultée parce que vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, les informations jugées suffisantes pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité lui seront communiquées.

Si vous êtes hospitalisé, l'avis de la personne de confiance sera pris en compte par l'équipe médicale mais, **en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision.**

En revanche, dans le cas très particulier de la recherche biomédicale, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer et qu'une **recherche biomédicale** est envisagée dans les conditions prévues par la loi, **l'autorisation sera demandée à votre personne de confiance.**

III. Qui puis-je désigner ?

Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : un de vos parents, votre conjoint, votre compagnon ou votre compagne, un de vos proches, votre médecin traitant...

La personne que vous désignez comme personne de confiance peut être aussi celle que vous avez désignée comme « personne à prévenir » en cas de nécessité : **personne de confiance et personne à prévenir peuvent ou non être la même personne.**

IV. Comment désigner ma personne de confiance ?

La désignation doit se faire **par écrit. Vous pouvez changer d'avis à tout moment** et, soit annuler votre désignation, soit remplacer la désignation d'une personne par une autre. Dans tous les cas, il est préférable de le faire par écrit et de prendre toutes les mesures qui vous semblent utiles pour vous assurer la prise en compte de ces changements.

V. Quand désigner ma personne de confiance ?

Vous pouvez désigner une personne de confiance à tout moment.

Dans le cas d'une hospitalisation, vous pouvez désigner votre personne de confiance **au moment de votre admission**. Mais vous pouvez également le faire **avant votre hospitalisation ou au cours de votre hospitalisation**. Ce qui importe c'est d'avoir bien réfléchi et de vous être assuré(e) de l'accord de la personne que vous souhaitez désigner avant de vous décider.

La désignation faite lors d'une hospitalisation n'est valable que pour toute la durée de cette hospitalisation. **Si vous souhaitez que cette validité soit prolongée**, il suffit que vous le précisiez (par écrit, de préférence). Toutes les informations que vous aurez données à propos de votre personne de confiance seront classées dans votre dossier médical conservé au sein de l'établissement.

VI. Dans quel cas ne puis-je pas désigner une personne de confiance ?

Si vous êtes protégé par une mesure de tutelle, vous ne pouvez pas désigner une personne de confiance. En revanche, si vous avez désigné quelqu'un antérieurement à la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut soit confirmer la mission de cette personne, soit révoquer sa désignation.

Texte de référence

Article L. 1111-6 du Code de la santé publique



LES DIRECTIVES ANTICIPEES



Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

I. À quoi servent les directives anticipées ?

Dans le cas où, en fin de vie, vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de **connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements alors en cours.**

II. Quelles sont les conditions pour que mes directives anticipées soient prises en compte ?

1. Condition d'âge

Vous ne pouvez rédiger des directives anticipées que si **vous êtes majeur(e).**

2. Conditions de forme

Le document doit être écrit et authentifiable. **Vous devez écrire vous-même vos directives.**

Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance.

Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à deux témoins – dont votre personne de confiance, si vous en avez désigné une - qui attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée. Ces témoins doivent indiquer leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives.

3. Conditions de fond

> L'auteur du document doit être en état d'exprimer sa volonté libre et éclairée au moment de sa rédaction.

Si vous le souhaitez, **vous pouvez demander au médecin** à qui vous confiez vos directives pour les insérer dans votre dossier, **d'y joindre une annexe attestant que vous êtes en état d'exprimer votre volonté et qu'il vous a donné les informations appropriées.**

> Le document doit être rédigé depuis moins de 3 ans.

Vous devez donc les renouveler tous les 3 ans. Pour cela, il vous suffit de préciser sur le document portant vos directives que vous décidez de les confirmer et de signer cette confirmation. Si vous décidez de les modifier, une nouvelle période de validité de 3 ans commence à courir.

III. Puis-je changer d'avis après avoir rédigé des directives anticipées ?

Les directives sont révocables à tout moment : vous pouvez donc modifier, quand vous le souhaitez, totalement ou partiellement le contenu de vos directives. Si vous n'êtes pas en mesure d'écrire, le renouvellement ou la modification de vos directives s'effectuent selon la même procédure que celle décrite précédemment.

Vous pouvez également annuler vos directives et pour cela, il n'est pas obligatoire de le faire par écrit. Mais cela peut-être préférable, surtout si cette décision intervient pendant la période de validité des 3 ans.

IV. Quel est le poids de mes directives anticipées dans la décision médicale ?

Si vous avez rédigé des directives, le médecin doit en tenir compte. Dans la mesure où elles témoignent de votre volonté alors que vous étiez encore apte à l'exprimer et en état de le faire, elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale. **Leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical**, y compris sur celui de votre personne de confiance.

Toutefois, les directives anticipées n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin. Celui-ci reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations que vous aurez exprimées, compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution des connaissances médicales.

V. Que puis-je faire pour m'assurer que mes directives anticipées seront prises en compte au moment voulu ?

Vous pouvez **confier vos directives anticipées au médecin coordonnateur** de l'établissement. Vos directives seront conservées dans le dossier comportant les informations médicales vous concernant.

Vous pouvez également **conserver vous-même vos directives ou les confier à toute personne de votre choix** (en particulier à votre personne de confiance si vous en avez une). Dans ce cas, il est souhaitable que vous communiquiez au médecin coordonnateur les coordonnées de la personne qui détient vos directives afin qu'il les mentionne dans votre dossier.

Textes de références

Articles L. 1111-4, L. 1111-11 à L. 1111-13 et R. 1111-17 à R. 1111-20, R. 1112-2, R. 4127-37 du Code de la santé publique

Personnes âgées : quelle réduction d'impôt en établissement d'hébergement ?

Par **Bercy Infos** < <https://economie.gouv.fr/entreprises/bercy-infos-qui-sommes-nous> >, le 07/11/2022 - **Aides et crédits d'impôt** LECTURE : 3 MINUTES

Vous vivez dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ? Sachez que vous pouvez bénéficier, sous conditions, d'une réduction d'impôt. Détails.

Quelles conditions remplir pour bénéficier de la réduction d'impôt pour dépenses de dépendance ?

Pour bénéficier de la réduction d'impôt, vous devez :

- ▶ être domicilié fiscalement en France
- ▶ être accueilli dans un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éhpad) ou un établissement de soins de longue durée (anciennement unités de soins longue durée USLD)
- ▶ être accueilli dans un établissement de soins situé en France ou dans un autre État membre de l'Espace économique européen.

Cette réduction d'impôt peut être obtenue quel que soit votre âge ou votre situation familiale.

Quelles sont les dépenses concernées ?

Les dépenses ouvrant droit à une réduction d'impôt sont **celles liées à la dépendance et celles liées à l'hébergement**. Si vous ne payez que des frais d'hébergement, et pas de frais de dépendance, vous ne pouvez pas prétendre à la réduction d'impôt.

Cette réduction se base sur les dépenses réellement supportées. Ainsi, les aides comme l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), l'aide sociale du département et l'allocation logement doivent être déduites de ces dépenses.

À quoi correspondent les dépenses liées à la dépendance ?

Il s'agit des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins. Ces prestations correspondent aux surcoûts directement liés à l'état de dépendance, notamment

interventions relationnelles, animations, aide à la vie quotidienne.

À quoi correspondent les dépenses liées à l'hébergement ?

Il s'agit des prestations non liées à l'état de dépendance : administration générale, accueil hôtelier, restauration, entretien et animation de la vie sociale de l'établissement.

Quel est le montant de la réduction d'impôt pour dépenses de dépendance ?

La **réduction d'impôt est égale à 25 %** des dépenses supportées durant l'année avec un **plafond à 10 000 €** par personne hébergée. **La réduction d'impôt maximale à laquelle vous pourrez prétendre est donc de 2 500 € par an et par personne.**

Comment bénéficier de la réduction d'impôt pour dépenses de dépendance ?

Vous devez indiquer sur votre **déclaration annuelle de revenus** < <https://www.impots.gouv.fr/portail/formulaire/2042/declaration-des-revenus>> le montant des dépenses de dépendance et des frais d'hébergement payés. Vous devez déduire de ceux-ci les aides que vous avez éventuellement reçues au titre de la dépendance.

La réduction d'impôt pour dépenses de dépendance est-elle cumulable ?

Si vous êtes mariés ou pacsés vous avez la **possibilité de cumuler la réduction d'impôt pour dépenses de dépendance** avec le **crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile**.

Pour cela l'un des deux conjoints doit être hébergé en établissement pour personnes âgées dépendantes tandis que le second doit employer un salarié à domicile pour l'aider.

TROUSSEAU OBLIGATOIRE ET MINIMUM

Ce trousseau doit être en bon état à l'entrée, adapté à la taille du résident et **MARQUE** avec des étiquettes (nom et prénom) cousues sur chaque pièce (aucun article non marqué ne pourra être accepté). Il doit être renouvelé régulièrement.

Le traitement du linge se faisant de façon **INDUSTRIELLE**, l'établissement **NE PEUT PAS** prendre en charge les vêtements fragiles ayant un des sigles suivants notamment **DAMART** :



NETTOYAGE A SEC



LAVAGE A LA MAIN

FEMME	HOMME
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 manteau ▪ Echarpe / chapeau / bonnet ▪ 3 robes de chambre ▪ 2 paires de chaussons (sans talon et fermé) ▪ 1 paire de chaussures d'été ▪ 1 paire de chaussures d'hiver ▪ 4 vestes chaudes ou gilets ou polaire ▪ 7 tenues pour l'été et 7 pour l'hiver ▪ Robes ▪ Jupes ▪ Pantalons ▪ Chemisiers ▪ Pulls ▪ 8 chemises de nuit (prévoir des vêtements adaptés pour les personnes à mobilité réduite : il existe des chemises ouvertes entièrement dans le dos avec fermeture par pressions ou scratches pour un meilleur confort d'enfilage*). ▪ 10 collants ou chaussettes ou bas ▪ 10 combinaisons ▪ 10 culottes ou slips ▪ 5 soutiens-gorges ▪ 1 peignoir de bain en éponge ordinaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 manteau ▪ Echarpe-chapeau-bonnet ▪ 3 robes de chambre ▪ 2 paires de chaussons (sans talon et fermé) ▪ 1 paire de chaussures d'été ▪ 1 paire de chaussures d'hiver ▪ 4 vestes chaudes ou gilet ou polaire ▪ 7 tenues pour l'été et 7 pour l'hiver ▪ Pantalons ▪ Tee-shirts ▪ Chemises ▪ Pulls ▪ 8 pyjamas (prévoir des vêtements adaptés pour les personnes à mobilité réduite : il existe des chemises ouvertes entièrement dans le dos avec fermeture par pressions ou scratches pour un meilleur confort d'enfilage*). ▪ 10 slips ▪ 10 paires de chaussettes ▪ 1 peignoir de bain en éponge ordinaire

*Ces modèles se trouvent sur internet (plusieurs marques voir liste non exhaustive : Europe médical équipement, Facilenfil, Sofamed ...)

NÉCESSAIRE DE TOILETTE

Certains produits sont à renouveler régulièrement.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brosse à dent + tubes de dentifrice ▪ Savon ou gel douche ▪ Shampoing ▪ Eau de Cologne ▪ Lait hydratant ▪ Mousse à raser ▪ Mouchoirs en papier ▪ Pour les prothèses dentaires : Brosse à prothèse ou brosse à dent à poils durs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 boîte à prothèse ▪ 1 brosse à cheveux ▪ 1 peigne ▪ 1 brosse à ongles et 1 coupe ongles ▪ 1 trousse de toilette ▪ 1 verre à dents ▪ Rasoirs jetables ▪ 1 thermomètre médical (sans mercure)
--	---

PROTOCOLE DE GESTION DU LINGE PERSONNEL DES RESIDENTS DANS L'ETABLISSEMENT

En entrant à la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay- Sous- Bois, vous pouvez faire le choix suivant:

- Faire entretenir votre linge personnel par la blanchisserie de l'établissement comprise dans le tarif hébergement.

- Ou faire entretenir votre linge personnel par un proche moyennant une réduction égale au coût de cette prestation sur le prix de journée.
(- 2.60 €) par jour pour l'année 2019)

Quel que soit votre choix, vous êtes concerné par les présentes modalités d'organisation et de gestion du linge personnel des résidents dans l'établissement.

PHASE 1: LA COMPOSITION DU TROUSSEAU

Une fiche « trousseau minimum recommandé » vous est remis avec le dossier d'admission et récapitule le contenu du trousseau nécessaire lors de l'entrée dans l'établissement.

Ce nombre de pièces pourra même être augmenté en fonction des besoins individuels de chaque résident. Dans ce cas, vous et/ou votre famille serez informés par le cadre de santé responsable de votre unité de vie.

Par ailleurs, le traitement des vêtements répondant à des normes d'hygiène industrielle, il est impératif de respecter l'interdiction concernant les textiles fragiles. C'est pourquoi, nous vous recommandons des tissus supportant le passage en machine à des températures supérieures à 40°.

PHASE 2: LE MARQUAGE DES VETEMENTS

Le marquage de chaque pièce du trousseau est impératif, au moyen d'étiquettes tissées à coudre.

Tout vêtement non identifié lors de son dépôt dans l'établissement a toutes les chances de disparaître définitivement lors de son premier lavage.

Tous les résidents sont concernés même ceux qui font entretenir leur trousseau par leurs proches car il arrive que des vêtements partent dans le circuit de la blanchisserie interne par erreur.

Une fois marqué par vous-même le linge sera marqué par la blanchisserie de la MRI.

ETIQUETTE COLLEE DEFINITIVEMENT SUR CHAQUE ARTICLE.

Si vous avez des difficultés à réaliser ce marquage et que vous ne disposez de personne dans votre entourage susceptible de le réaliser pour vous, vous pouvez contacter le service des admissions avant la date d'arrivée dans l'établissement.

PHASE 3: L'INVENTAIRE DU TROUSSEAU

A l'arrivée dans l'établissement, un inventaire du trousseau sera réalisé par le personnel de l'unité de vie dans laquelle vous aménagez, en votre présence ou avec l'un de vos proches.

PHASE 4: LE REASSORT DU TROUSSEAU

Lorsque vous désirez compléter le trousseau, veillez à bien coudre les étiquettes tissées sur chaque pièce et d'autre part déposer le linge auprès de l'intendante dans le service ou auprès du cadre de santé du service.

Eviter tout dépôt de vêtements nouveaux sans le signaler.

Le dépôt de vêtements nouveaux donne lieu à un inventaire complémentaire partiel stipulant le nombre et la description des pièces au moment de leur dépôt. Il vous est demandé quelques instants de votre temps à ce moment là afin de vérifier avec la personne qui réceptionne le dépôt que vous êtes en accord avec ce document.

En synthèse

Vérifier le réassort de l'armoire de votre proche en vous aidant du trousseau minimum

Pas de tissu fragile: le lavage est à température > 40°.

Le marquage est indispensable pour éviter de perdre des vêtements.

Pas de dépôt de nouveaux vêtements sans le signaler.



Annexe 4 : Document non contractuel relatif à l'application de la tarification différenciée à la MRI de Fontenay-sous-Bois/Vincennes/Saint-Mandé/Montreuil et aux conditions de facturation de chaque prestation notamment en cas d'hospitalisation et d'absence.

Tarifs journaliers pour les nouveaux entrants **Aide Sociale à l'Hébergement** à compter **1er mai 2024**

Résidences : **Hector Malot, Dame Blanche, les Murs à Péches et la Seigneurie**

	Pour un hébergement dont L'APA est versé DIRECTEMENT A l'EHPAD et en intégralité			Montant mensuel (31 jours) TOTAL
	Hébergement	DEPENDANCE** Ticket Modérateur TM Reste toujours à la charge du résident	DEPENDANCE** Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**	
Chambre 1 lit				
GIR 1/2	75.45€	6.81 €		2 550,06€
GIR 3/4	75.45€	6.81 €		2 550,06€
GIR 5/6	75.45€	6.81 €		2 550,06€

	Pour un hébergement dont L'APA EST VERSEE directement sur le compte bancaire du résident			Montant mensuel (31 jours) TOTAL
	Hébergement	Ticket Modérateur TM Reste toujours à la charge du résident	DEPENDANCE** Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**	
GIR 1/2	75.45€	6.81 €	Forfait dépendance 25.31 € - TM (6.81) = 18.50 €	3 123,56€
GIR 3/4	75.45€	6.81 €	Forfait dépendance 16.07 € - TM (6.81) = 9.26 €	2 837,12€
GIR 5/6	75.45€	6.81 €	PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA	2 550,06€

Personnes Moins de 60 ans	94,94 €	6.81 €	PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA	3 154,25 €
---------------------------	---------	--------	----------------------------	------------

Résidence de la Dame Blanche			
Chambre 2 lits			
GIR 1/2	70.35€	6.81 €	2 391,96€
GIR 3/4	70.35€	6.81 €	2 391,96€
GIR 5/6	70.35€	6.81 €	2 391,96€
	70.35€	6.81 €	Forfait dépendance 25.31€ - TM(6.81) =18.50 €
	70.35€	6.81 €	Forfait dépendance 16.07€ - TM(6.81) = 9.26 €
	70.35€	6.81 €	PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA
			2 965,46€
			2 679,02€
			2 391,96€

PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA POUR LES GIR 5/6 et LES MOINS DE 60 ANS

Si les ressources mensuelles sont inférieures à 2 489.37 € L'APA est dégressive jusqu'à 3 829.79 € par mois et représente 20 % du tarif si les ressources excèdent ce montant. Dans ces cas, **une participation à l'APA, dont le montant est inscrit sur la décision de notification par le Conseil départemental, est susceptible d'être facturée au résident. Attention, ce plafond est susceptible d'évoluer en fonction de l'arrêté de tarification préfectoral.

Montant de vos ressources mensuelles	Montant du tarif dépendance restant à votre charge
Jusqu'à 2 635,54 €	Tarif dépendance de l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour les GIR 5 et GIR 6
Supérieur à 2 635,54 € et jusqu'à 4 054,67 €	Tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6, auquel est ajouté un montant qui varie de 0 % à 80 % de la différence entre le tarif dépendance de l'EHPAD pour votre GIR et le tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6
Supérieur à 4 054,67 €	Tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6, auquel est ajouté 80 % de la différence entre le tarif dépendance de l'EHPAD pour votre GIR et le tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6

Ne sont pas comprises les dépenses liées aux hospitalisations (avec ou sans hébergement), les dépenses pour insuffisance rénale ou respiratoire, la psychiatrie, les soins dentaires, les examens médicaux liés à des équipements lourds (scanner, IRM) les honoraires des médecins spécialistes...

Conformément au règlement départemental d'aide sociale, pour les résidents payants :

- **En cas d'absence pour une hospitalisation** d'une durée supérieure à 72 heures (3 nuits), le résident est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier (20 € par jour à l'hôpital ou en clinique, 15 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé). Le ticket modérateur de l'APA n'est plus facturé dès le premier jour d'hospitalisation
- **En cas d'absence pour convenance personnel** d'une durée supérieure à 72 heures (3 nuits), la personne hébergée est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier (20 € par jour). Le ticket modérateur n'est plus facturé dès le premier jour.



Annexe 4 : Document non contractuel relatif à l'application de la tarification différenciée à la MRI de Fontenay-sous-Bois/Vincennes/Saint-Mandé/Montreuil et aux conditions de facturation de chaque prestation notamment en cas d'hospitalisation et d'absence.

Tarifs journaliers pour les nouveaux entrants payants
à compter **1er janvier 2025**

TRANCHE 1 :
Revenu fiscal
net mensuel
-<2 600 €

Résidences : Hector Malot, Dame Blanche, les Murs à Pêches et la Seigneurie

	Pour un hébergement dont L'APA est versé DIRECTEMENT A l'EHPAD et en intégralité		Montant mensuel (31 jours) TOTAL
	Hébergement	DEPENDANCE** Ticket Modérateur™ Reste toujours à la charge du résident	
Chambre 1 lit			
GIR 1/2	81,90 €	6,81 €	2 750,01€
GIR 3/4	81,90 €	6,81 €	2 750,01€
GIR 5/6	81,90 €	6,81 €	2 750,01€

	Pour un hébergement dont L'APA EST VERSEE directement sur le compte bancaire du résident			Montant mensuel (31 jours) TOTAL
	Hébergement	Ticket Modérateur™ Reste toujours à la charge du résident	DEPENDANCE** Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**	
	81,90 €	6,81 €	Forfait dépendance 25.31 € -™ (6.81) =18.50 €	3 232,51€
	81,90 €	6,81 €	Forfait dépendance 16.07 € -™ (6.81) = 9.26 €	3 037,07€
	81,90 €	6,81 €	PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA	2 750,01€

Personnes Moins de 60 ans	94,94 €	6,81 €	PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA	3 154,25 €
------------------------------	---------	--------	----------------------------	------------

Résidence La Dame Blanche

Chambre 2 lits							
GIR 1/2	76.90 €	6.81 €	2 595,01€	76.90 €	6.81 €	Forfait dépendance 25,31 € - TM (6.81) = 18,50 €	3 168,51€
GIR 3/4	76.90 €	6.81 €	2 595,01€	76.90 €	6.81 €	Forfait dépendance 16,07 € - TM (6.81) = 9,26 €	2 882,07€
GIR 5/6	76.90 €	6.81 €	2 595,01€	76.90 €	6.81 €	PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA	2 595,01€

PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA POUR LES GIR 5/6 et LES MOINS DE 60 ANS

**Si les ressources mensuelles sont inférieures à 2 489,37 € L'APA est dégressive jusqu'à 3 829,79 € par mois et représente 20 % du tarif si les ressources excèdent ce montant. Dans ces cas, une participation à l'APA, dont le montant est inscrit sur la décision de notification par le Conseil départemental, est susceptible d'être facturée au résident. Attention, ce plafond est susceptible d'évoluer en fonction de l'arrêté de tarification préfectoral.

Montant de vos ressources mensuelles	Montant du tarif dépendance restant à votre charge
Jusqu'à 2 635,54 €	Tarif dépendance de l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour les GIR 5 et GIR 6
Supérieur à 2 635,54 € et jusqu'à 4 054,67 €	Tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6, auquel est ajouté un montant qui varie de 0 % à 78 % de la différence entre le tarif dépendance de l'EHPAD pour votre GIR et le tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6
Supérieur à 4 054,67 €	Tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6, auquel est ajouté 78 % de la différence entre le tarif dépendance de l'EHPAD pour votre GIR et le tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6

Ne sont pas comprises les dépenses liées aux hospitalisations (avec ou sans hébergement), les dépenses pour insuffisance rénale ou respiratoire, la psychiatrie, les soins dentaires, les examens médicaux liés à des équipements lourds (scanner, IRM) les honoraires des médecins spécialistes...

Conformément au règlement départemental d'aide sociale, pour les résidents payants :

- **En cas d'absence pour une hospitalisation** d'une durée supérieure à 72 heures (3 nuits), le résident est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier (20 € par jour à l'hôpital ou en clinique, 15 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé). Le ticket modérateur de l'APA n'est plus facturé dès le premier jour d'hospitalisation.
- **En cas d'absence pour convenance personnel** d'une durée supérieure à 72 heures (3 nuits), la personne hébergée est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier (20 € par jour). Le ticket modérateur n'est plus facturé dès le premier jour.



Annexe 4 : Document non contractuel relatif à l'application de la tarification différenciée à la MRI de Fontenay-sous-Bois/Vincennes/Saint-Mandé/Montreuil et aux conditions de facturation de chaque prestation notamment en cas d'hospitalisation et d'absence.

Tarifs journaliers pour les nouveaux entrants payants
à compter **1er janvier 2025**

TRANCHE 2 :
Revenu fiscal
net mensuel < 3 400€

Résidences : Hector Malot, Dame Blanche, les Murs à Pêches et la Seigneurie

Pour un hébergement dont L'APA est versé DIRECTEMENT A L'EHPAD et en intégralité		
Hébergement	DEPENDANCE**	
	Ticket Modérateur™ Reste toujours à la charge du résident	Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**
	Montant mensuel (31 jours) TOTAL	
Chambre 1 lit		
GIR 1/2	84 €	6.81 €
GIR 3/4	84 €	6.81 €
GIR 5/6	84 €	6.81 €
		2 815,11€

Pour un hébergement dont L'APA EST VERSEE directement sur le compte bancaire du résident		
Hébergement	DEPENDANCE**	
	Ticket Modérateur™ Reste toujours à la charge du résident	Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**
	Montant mensuel (31 jours) TOTAL	
	84 €	Forfait dépendance 25,31 € - TM (6.81) = 18,50 €
	84 €	Forfait dépendance 16,07 € - TM (6.81) = 9,26 €
	84 €	PAS D'ATTRIBUTION DEL'APA
		3 388,61€
		3 102,17€
		2 815,11€

Personnes Moins de 60 ans	94,94 €	6.81 €	PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA	3 154,25 €
---------------------------	---------	--------	----------------------------	-------------------

Résidence de la Dame Blanche

Chambre 2 lits					
GIR 1/2	79 €	6.81 €	2 660,11€	79 €	6.81 €
GIR 3/4	79 €	6.81 €	2 660,11€	79 €	6.81 €
GIR 5/6	79 €	6.81 €	2 660,11€	79 €	6.81 €
					Forfait dépendance 25.31 € - TM (6.81) = 18.50 €
					Forfait dépendance 16.07 € - TM (6.81) = 9.26 €
					PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA
					3 233,61€
					2 947,17€
					2 660,11€

PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA POUR LES GIR 5/6 et LES MOINS DE 60 ANS

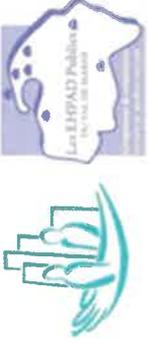
****Si les ressources mensuelles sont inférieures à 2 489.37 € L'APA est dégressive jusqu'à 3 829.79 € par mois et représente 20 % du tarif si les ressources excèdent ce montant. Dans ces cas, une participation à l'APA, dont le montant est inscrit sur la décision de notification par le Conseil départemental, est susceptible d'être facturée au résident. Attention, ce plafond est susceptible d'évoluer en fonction de l'arrêté de tarification préfectoral.**

Montant de vos ressources mensuelles	Montant du tarif dépendance restant à votre charge
Jusqu'à 2 635,54 €	Tarif dépendance de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour les GIR 5 et GIR 6
Supérieur à 2 635,54 € et jusqu'à 4 054,67 €	Tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6, auquel est ajouté un montant qui varie de 0 % à 80 % de la différence entre le tarif dépendance de l'EHPAD pour votre GIR et le tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6
Supérieur à 4 054,67 €	Tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6, auquel est ajouté 80 % de la différence entre le tarif dépendance de l'EHPAD pour votre GIR et le tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6

Ne sont pas comprises les dépenses liées aux hospitalisations (avec ou sans hébergement), les dépenses pour insuffisance rénale ou respiratoire, la psychiatrie, les soins dentaires, les examens médicaux liés à des équipements lourds (scanner, IRM) les honoraires des médecins spécialistes...

Conformément au règlement départemental d'aide sociale, pour les résidents payants :

- **En cas d'absence pour une hospitalisation** d'une durée supérieure à 72 heures (3 nuits), le résident est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier (20 € par jour à l'hôpital ou en clinique, 15 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé). Le ticket modérateur de l'APA n'est plus facturé dès le premier jour d'hospitalisation
- **En cas d'absence pour convenance personnel** d'une durée supérieure à 72 heures (3 nuits), la personne hébergée est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier (20 € par jour). Le ticket modérateur n'est plus facturé dès le premier jour.



Annexe 4 : Document non contractuel relatif à l'application de la tarification différenciée à la MRI de Fontenay-sous-Bois/Vincennes/Saint-Mandé/Montreuil et aux conditions de facturation de chaque prestation notamment en cas d'hospitalisation et d'absence.

TRANCHE 3 :
Revenu fiscal net
mensuel -> 3 400€

Tarifs journaliers pour les nouveaux entrants payants
à compter **1er janvier 2025**

Résidences : Hector Malot, Dame Blanche, les Murs à Péches et la Seigneurie

Pour un hébergement dont		L'APA est versé DIRECTEMENT A l'EHPAD et en intégralité	
Hébergement	DEPENDANCE**	Montant mensuel (31 jours) <u>TOTAL</u>	
	Ticket Modérateur TM Reste toujours à la charge du résident		
chambre 1 lit			
chambre 1/2	6.81 €	89,25€	2 977,86€
chambre 3/4	6.81 €	89,25€	2 977,86€
chambre 5/6	6.81 €	89,25€	2 977,86€

Pour un hébergement dont			L'APA EST VERSEE directement sur le compte bancaire du résident	
Hébergement	DEPENDANCE**	Montant mensuel (31 jour) <u>TOTAL</u>		
	Ticket Modérateur TM Reste toujours à la charge du résident	Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**		
89,25€	6.81 €	Forfait dépendance 25.31 € - TM (6.81) = 18.50 €	3 551,36€	
89,25€	6.81 €	Forfait dépendance 16.07 € - TM (6.81) = 9.26 €	3 264,92€	
89,25€	6.81 €	PAS D'ATTRIBUTION DEL'APA	2 977,86€	

Personnes âgées de 60 ans	94,94 €	6.81 €	PAS D'ATTRIBUTION DEL'APA	3 154,25 €
---------------------------	---------	--------	---------------------------	------------

Résidence de la Dame Blanche

Chambre 2 lits

GIR 1/2	84,25€	6.81 €	2 822,86€	84,25€	6.81 €	Forfait dépendance 25.31 € - TM (6.81) =18.50 €	3 396,36€
GIR 3/4	84,25€	6.81 €	2 822,86€	84,25€	6.81 €	Forfait dépendance 16.07 € - TM (6.81) = 9.26 €	3 109,92€
GIR 5/6	84,25€	6.81 €	2 822,86€	84,25€	6.81 €	PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA	2 822,86€

PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA POUR LES GIR 5/6 et LES MOINS DE 60 ANS

****Si les ressources mensuelles sont inférieures à 2 489.37 € L'APA est dégressive jusqu'à 3 829.79 € par mois et représente 20 % du tarif si les ressources excèdent ce montant. Dans ces cas, une participation à l'APA, dont le montant est inscrit sur la décision de notification par le Conseil départemental, est susceptible d'être facturée au résident. Attention, ce plafond est susceptible d'évoluer en fonction de l'arrêté de tarification préfectoral.**

Montant de vos ressources mensuelles	Montant du tarif dépendance restant à votre charge
Jusqu'à 2 635,54 €	Tarif dépendance de l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour les GIR 5 et GIR 6
Supérieur à 2 635,54 € et jusqu'à 4 054,67 €	Tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6, auquel est ajouté un montant qui varie de 0 % à 80 % de la différence entre le tarif dépendance de l'EHPAD pour votre GIR et le tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6
Supérieur à 4 054,67 €	Tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6, auquel est ajouté 80 % de la différence entre le tarif dépendance de l'EHPAD pour votre GIR et le tarif dépendance de l'EHPAD pour les GIR 5 et GIR 6

Ne sont pas comprises les dépenses liées aux hospitalisations (avec ou sans hébergement), les dépenses pour insuffisance rénale ou respiratoire, la psychiatrie, les soins dentaires, les examens médicaux liés à des équipements lourds (scanner, IRM) les honoraires des médecins spécialistes...

Conformément au règlement départemental d'aide sociale, pour les résidents payants :

- **En cas d'absence pour une hospitalisation** d'une durée supérieure à 72 heures (3 nuits), le résident est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier (20 € par jour à l'hôpital ou en clinique, 15 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé). Le ticket modérateur de l'APA n'est plus facturé dès le premier jour d'hospitalisation
- **En cas d'absence pour convalescence personnel** d'une durée supérieure à 72 heures (3 nuits), la personne hébergée est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier (20 € par jour). Le ticket modérateur n'est plus facturé dès le premier jour.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **MRI FONTENAY SOUS BOIS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **MRI FONTENAY SOUS BOIS**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 93 ZZZ 559287

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU CREANCIER

MRI FONTENAY SOUS BOIS

74 AVENUE DE STALINGRAD

94120 FONTENAY SOUS BOIS

FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la **MRI de FONTENAY SOUS BOIS**. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la **MRI FONTENAY SOUS BOIS**.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

INFORMATION RELATIVE à L'AIDE SOCIALE DIFFERENTIELLE

Vous demandez une admission dans l'établissement, vous êtes bénéficiaire de l'aide sociale ou en attente de la décision d'aide sociale à l'hébergement, notamment de l'un des départements suivants :

- SEINE SAINT DENIS (93)
- VAL DE MARNE (94)
- ESSONNE (91)
- SEINE ET MARNE (77)
- PARIS (75)

Nous attirons votre attention sur le fait que le Conseil Départemental applique le paiement différentiel de l'AIDE SOCIALE à l'HEBERGEMENT :

c'est-à-dire que le DEPARTEMENT ne paie à l'établissement que la différence entre les frais d'hébergement et la participation du résident, qui s'élève à 90% de ses ressources.

Vous reversez directement à l'établissement votre participation et l'établissement établit une facture d'hébergement différentielle au département.

Modalités de calcul et de paiement de votre participation :

- Afin que l'établissement où vous allez résider puisse établir la facture différentielle au département, nous vous remercions de bien vouloir remplir exhaustivement le tableau ci-joint des ressources et des charges et de nous fournir les justificatifs correspondants mentionnés dans le tableau.
(A retourner avec le dossier de demande d'admission)
- Vous êtes invité(e) à signer l'autorisation de prélèvement jointe (voir imprimé AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE à retourner avec le dossier de demande d'admission).

Pour toute information vous pouvez vous adresser au service des admissions ou à l'assistante sociale de l'établissement.

Sans les deux documents demandés (AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE, TABLEAU DES RESSOURCES ET CHARGES), votre demande d'admission ne pourra pas être traitée.

Nom :
 Prénom :
 N° dossier :

Période concernée :

Ressources		Montant mensuel
Nom		
Retraites		
Autres ressources éventuelles		

Total des ressources :

Total à reverser :

Dépenses obligatoires			Montant mensuel
	Nom		
Argent de poche			
Couverture complémentaire (mutuelle)			
Frais éventuels de tutelle			
Autres dépenses obligatoires éventuelles	Impôts et taxes (revenu, fonciers, taxe d'habitation, logements vacants)		
	Assurance du logement		

Total des dépenses obligatoires :

Madame, Monsieur,

VOTRE PARENT EST ENTRE OU VA RENTRER A LA MAISON DE RETRAITE,

Nous vous remercions de prendre connaissance attentivement de la procédure jointe qui vous permettra de créer un compte « AMELI » au nom de votre parent sur le site Internet de l'Assurance Maladie.

Ce compte permet de :

- **Télécharger une attestation de droits y compris, le cas échéant, la notification de l'ouverture d'un droit à 100% en cas d'affection de longue durée -> cette attestation nous est indispensable et vous sera demandée à l'entrée et à chaque changement de situation ,**
- Suivre les remboursements en temps réel,
- Poser des questions à la caisse d'assurance maladie par email, elle répond sous 48h.

Création d'un compte sur ameli.fr

Grâce à mon compte, je peux à tout moment et en toute sécurité :

- Suivre mes remboursements en temps réel.
- Télécharger une attestation de droits ou d'indemnités journalières.
- Poser des questions à ma caisse par email, elle me répond sous 48h.

Connectez-vous sur : <http://www.ameli.fr/>



Création de votre compte pas à pas :

L'Assurance Maladie | *mon compte* | *mon parcours d'assuré*

Je veux un compte

Grâce à mon compte, je peux à tout moment et en toute sécurité :

- Suivre mes remboursements en temps réel.
- Télécharger une attestation de droit au d'indemnités in
- Poser de elle me rép

Je veux un compte, je commande un code provisoire

Je demande mon code provisoire

J'accède à mon compte

Mon numéro de sécurité sociale :

Mon code :

Valider

Problèmes de connexion >

Vous pouvez également vous connecter avec

MON Service-Public.fr

Informations légales | Copyright | Conditions d'utilisation | Aide | Ajoutez dans mes favoris

Les informations que vous devez compléter sont celles de votre proche pour lequel vous faite la demande.

L'Assurance Maladie | *mon compte* | *mon parcours d'assuré*

Je saisis mon numéro de sécurité

Étape 1 | Étape 2 | Étape 3

Je saisis mon numéro de sécurité sociale

Pour recevoir votre code provisoire, renseignez votre numéro de sécurité sociale ou celui de la personne à laquelle vous êtes rattaché si vous êtes ayant droit.

Mon n° de sécurité sociale :

13 caractères (disponible sur vos relevés de remboursement)
Exemple : 1 46 05 99 999 356

Retour | Continuer

Informations légales | Copyright | Conditions d'utilisation | Aide | Ajoutez dans mes favoris



Je renseigne mes informations personnelles

Étape 1 > Étape 2 > Étape 3

Indiquez vos nom, date de naissance et code postal.

Faites bien attention à la saisie de vos informations.

Si vous avez un code postal étranger différent de 5 chiffres, veuillez contacter votre caisse.

Votre nom de famille :

Votre date de naissance :

23/11/1973

Votre code postal :

83310

Retour

Continuer



Je confirme ma demande

Étape 1 > Étape 2 > Étape 3

Votre demande a bien été enregistrée.

Surveillez votre boîte aux lettres, vous allez recevoir votre code par courrier dans les 10 jours.

Dès la réception de ce courrier, je vous invite à vous connecter sur [ameli.fr](http://www.ameli.fr) pour confirmer votre inscription et bénéficier de tous nos services.

À très bientôt.

Terminer

Vous recevrez votre code par courrier dans les 10 jours.

L'envoi postal de votre code provisoire à votre domicile est la garantie de la sécurité et de la confidentialité de vos données personnelles.

Accédez à votre compte :

Connectez-vous sur : <http://www.ameli.fr/>

Rechercher

Services en ligne pour les assurés

- **Mon compte**
- ameli-direct : choisir un médecin, un hôpital...
- Formulaires
- ameli-santé

J'accède à mon compte



Informez-vous sur vos droits et démarches. Accédez à vos services en ligne : consultez vos remboursements, choisissez un professionnel de santé ou un établissement de soins, téléchargez un formulaire...

> Entrée...



Mes remboursements en temps réel ...

J'ouvre mon compte

Vous êtes professionnel de santé



Accédez à Espace pro. Consultez les informations qui concernent votre profession.

> Entrée...

Vous êtes employeur / entreprise



Accédez à vos services en ligne. Informez-vous sur vos démarches. Renseignez-vous sur la santé et la sécurité au travail.

> Entrée...

Je veux un compte

Grâce à mon compte, je peux à tout moment et en toute sécurité :



- Suivre mes remboursements en temps réel.
- Télécharger une attestation de droits ou d'indemnités journalières.
- Poser des questions à ma caisse par email, elle me répond sous 48h.

Voilà tous les services >

Je demande mon code provisoire

J'accède à mon compte

Mon numéro de sécurité sociale :

Mon code :

Problème de connexion >

Vous pouvez également vous connecter avec



MALCOMPT@AMM.AUTONORMANDE.ASIE.COM | Contact: 0975 48 48 48 | Adresse: Espace Europe, Avenue des Nations Unies de Caudebec, 95000 Nogent-sur-Meuse

