

FONDATION FAVIER-VAL DE MARNE

1 à 5 rue du 136^{ème} de ligne

94366 Bry-sur-Marne cedex

☎ 01 49 83 48 70

site : www.gcsms-ehpadpublics94.fr

mail : admissions@fondation-favier.fr

DEMANDE D'ENTRÉE A LA FONDATION FAVIER - VAL DE MARNE

☐

Fondation Favier – Bry sur Marne

☐

Fondation Lepoutre – Nogent sur Marne

☐

Pôle Gériatrique Le Chemin Vert – Noisieu

☐

La Résidence d'Amboile – Ormesson sur Marne

NOM PRÉNOM : _____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM

NOM DE JEUNE FILLE

Prénom.....

Né(e) le

à

Nationalité.....

ADRESSE

Code Postal/VILLE

☐ propriétaire ☐ locataire ☐ hébergé(e)

En cas d'hospitalisation, à préciser :
depuis le hôpital

Dernière adresse (autre que foyer-logement ou maison de retraite) :
.....

Bénéficiaire de
☐ l'allocation personnalisée d'autonomie
☐ l'allocation compensatrice tierce personne
☐ la majoration tierce personne

Département payeur :

N° dossier :

SITUATION FAMILIALE

☐ marié(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ célibataire ☐ séparé(e)

depuis le

Nombre d'enfants

La profession que vous avez exercée

Date de départ à la retraite

Demande d'entrée à la Fondation Favier - Val de Marne

▪ **COORDONNÉES DES PERSONNES A CONTACTER**

1/.....adresse.....
.....parenté
Mail.....Tél.....
2/.....adresse.....
.....parenté
Mail.....Tél.....
3/.....adresse.....
.....parenté
Mail.....Tél.....
4/.....adresse.....
.....parenté
Mail.....Tél.....

SITUATION ADMINISTRATIVE

▪ **Sécurité sociale**

Immatriculation
Numéro et adresse du centre.....

▪ **Mutuelle**

Nom et adresse
Numéro d'adhérent

▪ **Mesure de protection juridique**

☐ sauvegarde de justice ☐ curatelle ☐ tutelle
☐ mandat de protection future ☐ habilitation familiale

Nom et coordonnées du représentant légal :

.....Tél.
Mail

▪ **Payant**

Nom de la personne à qui le Trésor Public, comptable de l'établissement, devra envoyer l'avis des sommes à payer :

.....

▪ **Aide sociale**

Accord du au

Département

☐ Demande d'aide sociale en cours département
date de la demande

REVENUS

organisme	n° d'affiliation	montant mensuel

Dossier rempli par

Nom

Tél

Date de la demande

Date d'entrée souhaitée

Reproduire de la main même du signataire, la mention ci-dessous

Je soussigné, certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts, et que je n'ai rien dissimulé de mes moyens d'existence.

Signature

A l'admission, vous devrez être en possession de votre traitement médical pour une période d'un mois (joindre l'ordonnance).

Demande d'entrée à la Fondation Favier - Val de Marne

Etablissement Hébergeant
des Personnes Agées Dépendantes
FONDATION FAVIER – VAL DE MARNE
1 à 5 rue du 136^{ème} de ligne
94366 – BRY-SUR-MARNE Cedex
☎ Secrétariat médical : 01 49 83 49 78

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
(à faire remplir par le Médecin traitant)

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

En cas d'hospitalisation actuelle

- Raison de l'hospitalisation :

- Coordonnées de l'hôpital ou de la clinique et du service :

ANTECEDENTS :

- Médicaux :

- Covid-19 :

A déjà contracté la covid-19 (PCR) : oui / non

Si oui date :

Sérologie covid-19 : oui / non

Si oui : positive / négative

Date :

- Chirurgicaux :

- Psychiatriques :

- Allergies connues :

En cas d'hospitalisation(s) antérieure(s), coordonnées de l'hôpital ou de la clinique :

En cas d'urgence, vers quel hôpital ou clinique devons nous diriger votre patient ?

A-t-il déjà un dossier ?

Dans quel service ?

AUTONOMIE

- | | | |
|------------------|--|--|
| 1) Déplacement : | - seul | * sans canne
* avec canne
* avec déambulateur
* en fauteuil roulant |
| | - avec une tierce personne
- en fauteuil roulant poussé | |
| 2) Transfert : | - seul
- avec aide
- ne fait pas | |
| 3) Toilette : | - seul
- avec aide
- à prendre en charge complètement | |
| 4) Habillage | - seul
- avec aide
- à prendre en charge complètement | |
| 5) Sphincters | - continence
- incontinence | * occasionnelle
* nocturne
* totale |
| 6) Alimentation | - seul
- avec aide (stimuler, couper la viande,.....)
- doit être alimenté | |

* régime particulier :

* type d'alimentation : normal haché mixé

• prothèse dentaire :

EXAMEN CLINIQUE

Aspect général : Taille : Poids :

Qualité de la vue : Qualité de l'ouïe :

* prothèse oculaire * prothèse auditive

* lunettes

* lentilles

Vaccination antitétanique :

1ère injection : 2ème injection : 3ème injection :
(éventuellement)

Rappel :

Vaccination anti-covid-19 :

Vaccination anti-covid-19 faite : oui / non

1ère injection : 2ème injection : Spécialité :

Appareil cardiovasculaire :

* pression artérielle : * fréquence cardiaque : * rythme :

* anomalies à l'auscultation :

* membres inférieurs :

* pouls

* œdèmes

Appareil respiratoire :

* dyspnée * cyanose * toux * expectoration

* auscultation pulmonaire

Appareil digestif :

* diarrhée * constipation * douleurs gastriques

* amaigrissement : progressif rapide

* signes d'éthylisme :

palpation : * foie * rate * ascite
 * escarres * ulcères * mycoses

Examen neuro psychique :

Neurologique : - troubles de la marche
 - troubles de l'équilibre
 - paralysies

Psychique : - troubles de la mémoire
 - troubles du caractère
 - troubles du comportement

Examens complémentaires récents (joindre un double si possible)

Observations complémentaires :

Traitement en cours :

Ne pas oublier : date, tampon, signature, Merci



Fondation Favier – Val de Marne

Habitudes de vie / histoire de vie

Madame, Monsieur,

Les informations ci après sont très précieuses pour les différents sites de la Fondation Favier dont la mission est d'assurer dans les meilleurs conditions possibles les admissions et les séjours au sein de l'établissement.

Nous vous remercions par avance...

Date d'entrée :/...../.....	Mme ou M. :
Les renseignements ci-après ont été complétés par :	Né(e) le :/...../.....

Histoire de vie

Ma famille

Ma naissance, mes parents, mes frères et sœurs, ma vie de jeunesse (école, sport, loisirs,...)
ma vie familiale d'hier et d'aujourd'hui (conjoint, enfants...)

Vie sociale

Ma vie professionnelle (différents métiers, âge du premier métier, importance accordée,...)

Mes amis, mes occupations, loisirs, voyages, animaux, croyance...

Ma retraite, les conditions, ma vie depuis...

Connaissance de la personne

- Moments importants

Les joies (*familiales et professionnelles...*)

Les peines (*maladies, décès, manque de travail, guerre, accident...*)

- Préférences (*couleurs, musique, animaux, fleurs, lecture...*)

- Traits de caractère : enjoué, timide, sociable, anxieux, solitaire...

Actuellement :

Je vis à :

Depuis :

Avec :

Ce qui m'a conduit à faire une demande d'hébergement

Mes sentiments et ceux de mes proches face à cette situation :

Mes sentiments et mes souhaits face à la vieillesse et face à la mort :

ALIMENTATION	TOILETTE/HYGIENE
Gouts alimentaires : Aime : N'aime pas : Régime particulier : Aliments interdits : Risque de fausse route : Oui ☐ Non ☐ Besoin d'aide au repas : Oui ☐ Non ☐ Commentaires :	Besoin d'aide à la toilette Oui ☐ Non ☐ ⇒ Si oui : Totale ☐ Partielle ☐ <u>Douche</u> : Oui ☐ Non ☐ ⇒ Si oui : périodicité : Elimination : <u>Urinaire</u> : Continent ☐ incontinent : ☐ <u>Fécale</u> : Continent : ☐ incontinent : ☐ Besoin d'aide pour aller au WC : Oui ☐ Non ☐
SOMMEIL	HABILLAGE
<u>Lever tôt</u> ☐ Horaire : <u>Coucher tard</u> : ☐ Rituels au moment du coucher (<i>heure, porte/fenêtre ouverte, fermée, lumière, veilleuse pour dormir, collation avant le coucher</i>) <u>Sieste</u> Oui ☐ Non ☐ <u>Qualité du sommeil</u> : 	Besoin d'aide pour s'habiller / se déshabiller Oui ☐ Non ☐ ⇒ Si oui Totale ☐ Partielle ☐ Habitudes vestimentaires : <u>Entretien du linge</u> Famille ☐ Favier ☐
MOTRICITE	APPAREILLAGE
<u>Marche seul</u> : Oui ☐ Non ☐ ⇒ Si non : Canne ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐ Autres matériels :	<u>Prothèses dentaires</u> Haut ☐ Bas ☐ <u>Prothèses auditives</u> Oui ☐ Non ☐ <u>Lunettes</u> : Oui ☐ Non ☐
	Mesure de protection :

PIÈCES A FOURNIR POUR LE DOSSIER ADMINISTRATIF

- ☐ Courrier de demande d'admission adressé au directeur
- ☐ Copie du livret de famille
- ☐ Copie de la carte d'identité en cours de validité
- ☐ Copie de l'attestation des droits de la carte vitale
- ☐ Copie de la carte mutuelle en cours
- ☐ Copie de la notification d'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou de l'Allocation Compensatrice s'il y a
- ☐ Copie du dernier avis d'imposition (*toutes les pages*)
- ☐ Copie de la dernière déclaration d'impôts
- ☐ Copie de la dernière taxe foncière, (*si propriétaire*)
- ☐ Justificatif de domicile
- ☐ Autorisation de prélèvement automatique (*document joint*)
- ☐ RIB
- ☐ Engagement de paiement (*document joint*)
- ☐ Copie du contrat obsèques (*s'il y a lieu*)
- ☐ Copie de la mesure de protection (*s'il y a lieu*)

- ☐ Pour les demandes d'admission au titre de l'aide sociale :
 - Copie de la notification de l'attribution de l'aide sociale à défaut l'attestation de dépôt du CCAS
 - Les relevés bancaires de l'ensemble des comptes des 3 derniers mois
 - Le tableau des charges et ressources complété avec les justificatifs (*document joint*)

FONDATION FAVIER - TARIFS JOURNALIERS 2021

HEBERGEMENT	REDUCTION SANS BLANCHISSERIE*	HEBERGEMENT SANS BLANCHISSERIE	DEPENDANCE	APA **	Ticket modérateur (solde à la charge du résident)	TOTAL HEB+TM	Montant mensuel (31 jours)***
Chambre 1 lit	71.00 €	-2.60 €	GIR 1/2 : 24.50 €	17.90 €	6.60 €	77.60 €	2 405.60 €
Chambre 2 lits	63.00 €	-2.60 €				69.60 €	2 157.60 €
Chambre 1 lit	71.00 €	-2.60 €	GIR 3/4 : 15.55 €	8.95 €	6.60 €	77.60 €	2 405.60 €
Chambre 2 lits	63.00 €	-2.60 €				69.60 €	2 157.60 €
Chambre 1 lit	71.00 €	-2.60 €	GIR 5/6 : 6.60 €		6.60 €	77.60 €	2 405.60 €
Chambre 2 lits	63.00 €	-2.60 €				69.60 €	2 157.60 €

L'hébergement sans blanchisserie concerne le(la) résident(e) dont la famille choisit de laver son linge personnel.
*Le résident sans blanchisserie ne doit pas relever de l'aide sociale

** Si les ressources mensuelles sont inférieures à 2 447,55 €.

L'APA est dégressive jusqu'à 3 765,47 € et représente 20 % du tarif si les ressources excèdent ce montant.

Les GIR 5 et 6 et les personnes de moins de 60 ans n'ouvrent pas droit à l'APA.

*** MONTANT MENSUEL pour un hébergement avec blanchisserie, APA versée à l'établissement

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.

Trousseau souhaité

Ce trousseau doit être en bon état à l'entrée, adapté à la taille du résident et **MARQUE** avec des étiquettes tissées et cousues (*nom et prénom*) 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

Prévoir des vêtements adaptés pour les personnes à mobilité réduite* : il existe des chemises ouvertes entièrement dans le dos avec fermeture par pressions ou scratchs pour un meilleur confort d'enfilage, des pantalons à élastique,...

FEMME	HOMME
▪ 1 manteau ▪ Echarpe / chapeau / bonnet ▪ 2 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 ▪ 10 chemises de nuit ▪ 10 collants ou chaussettes ou bas ▪ 10 linges de corps ▪ 10 culottes ▪ 5 soutiens-gorge	▪ 1 manteau ▪ Echarpe-chapeau-bonnet ▪ 2 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 ▪ 10 pyjamas ▪ 10 slips ▪ 10 paires de chaussettes ▪ Ceintures, bretelles

*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.

▪ Tubes de dentifrice, brosses à dents ▪ Savon liquide ▪ Shampoing ▪ Eau de Cologne ▪ Lait hydratant ▪ Mousse à raser, rasoirs ▪ Mouchoirs en papier	▪ Produit pour entretien appareil dentaire ▪ 1 trousse de toilette ▪ 1 brosse à cheveux ▪ 1 peigne ▪ 1 brosse à ongles et 1 coupe ongles ▪ 1 boîte à prothèse ▪ 1 verre à dents
--	---

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) à compter de janvier 2016
- VAL DE MARNE (94) à compter d'avril 2016
- ESSONNE (91)
- SEINE ET MARNE (77)

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.

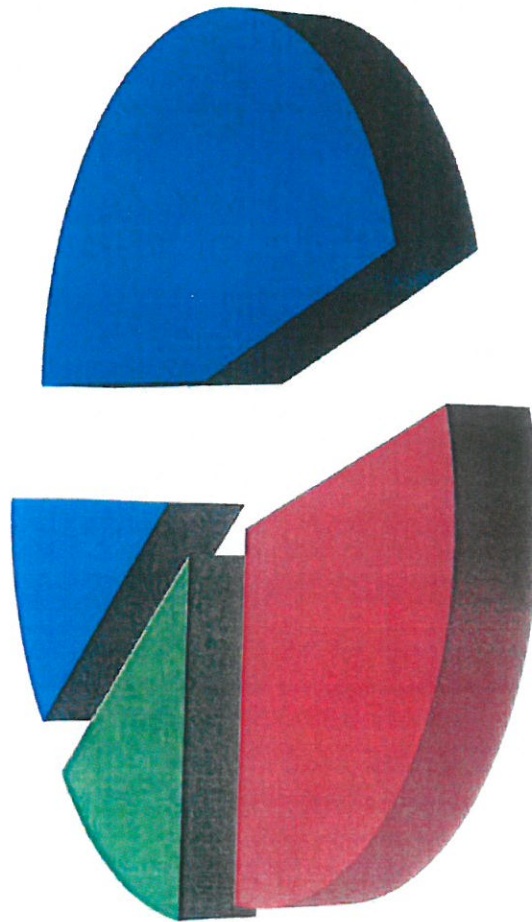
Modalités de calcul et de paiement de votre participation

- 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.

Financement de l'hébergement en maison de retraite d'un bénéficiaire de l'aide sociale



- participation du résident payée à la maison de retraite
- participation du conseil départemental payée à la maison de retraite
- participation des obligés alimentaires payée au conseil départemental
- APL/ALS

Nom :
Prénom :
N° dossier :

Période concernée :

Ressources		
	Nom	Montant mensuel
Retraites		
Autres ressources		
CAF aide au logement	versée à la personne	
	versée à l'établissement	

Total des ressources :

Total à reverser :

Dépenses obligatoires		
	Nom	Montant mensuel
Argent de poche	10 % des ressources montant minimum 109€	
Couverture complémentaire (mutuelle)		
Frais éventuels de tutelle		
Impôts et taxes (revenu, fonciers, taxe d'habitation, logements vacants)		
Assurance du logement		
Somme laissée au conjoint		

Total des dépenses obligatoires :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **Fondation Favier Val-de-Marne** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **Fondation Favier**.
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 98 ZZZ 565114

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

FONDATION FAVIER VAL DE MARNE

1 A 5 RUE DU 136^{ème} DE LIGNE

94360 BRY SUR MARNE
FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

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 Fondation Favier. 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 Fondation Favier.

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.