

### 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  
géro-psi-chiatrie de  
15 places

198-200 rue de Rosny

93 100 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

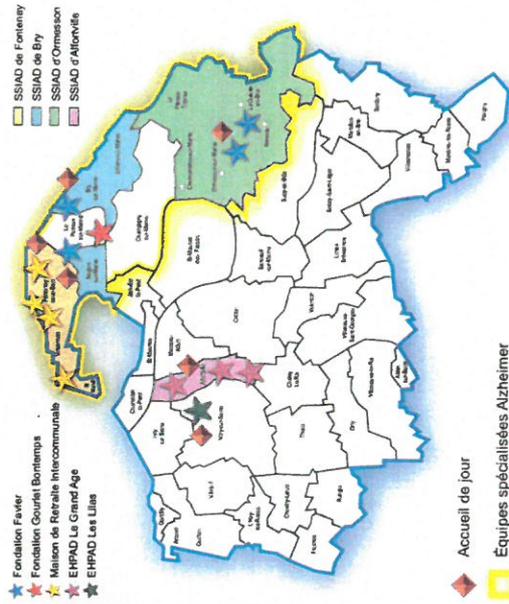
**N'hésitez pas à  
nous contacter  
afin de  
programmer  
une visite.**

## Le GCSMS

les EHPAD publics du Val-de-Marne

Un réseau d'accompagnement  
des personnes âgées dans le Val-de-Marne

[www.gcsmsehpadspublics94.fr](http://www.gcsmsehpadspublics94.fr)



◆ Accueil de jour

■ Équipes spécialisées Alzheimer



7 Accueils de jour



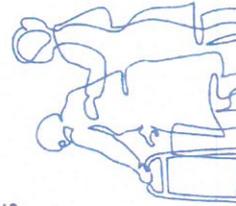
4 Services de soins  
infirmiers à domicile (SSIAD)



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 public visant à offrir aux personnes âgées un accompagnement de qualité en adéquation avec leurs besoins et attentes.

Prix par jour  
pour l'hébergement : 75,35 €





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 25m<sup>2</sup> 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@mri94.fr](mailto:admissions@mri94.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**

<b>Hébergement permanent</b>	<b>Hébergement temporaire</b>
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"/>	

<b>Accueil de jour</b>	<b>Accueil de nuit</b>
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 suivantes<sup>1</sup> :

- 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](http://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.

<sup>1</sup> 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 aidant<sup>1</sup> : OUI  NON

Désignation d'une personne de confiance<sup>2</sup> : 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 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> « 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.

<sup>2</sup> 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)

SAAD<sup>1</sup>  SSIAD<sup>2</sup>  SPASAD<sup>3</sup>  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.)<sup>4</sup> ? 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

<sup>1</sup> SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

<sup>2</sup> SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

<sup>3</sup> SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

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

#### 4. PROTECTION JURIDIQUE

**Mesure de protection juridique** : OUI  NON  EN COURS<sup>1</sup>

Si OUI, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Habilitation familiale<sup>2</sup>

Mandat de protection future<sup>3</sup> actif<sup>4</sup>  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 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> 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**

**Civilité :** Monsieur  Madame

Demande urgente OUI  NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

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

**Médecin qui renseigne le dossier**

**Nom – prénom :**

**Adresse :**

**N° de téléphone :**

**Contexte de la demande** (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile<sup>1</sup>

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

Changement d'établissement

**La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée** OUI  NON

Si oui, dans quel service ? \_\_\_\_\_

**La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées<sup>2</sup> ?** 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 :**

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

<sup>2</sup> 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](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf)

**Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques**

**Pathologies actuelles et état de santé<sup>1</sup>**

	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 récent<sup>2</sup>

Oui

Non

--	--

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles <sup>3</sup>	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

--	--

<sup>1</sup> Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

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

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

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

Données sur l'autonomie		A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>
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 <sup>4</sup>	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

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

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

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

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

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

<sup>3</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

<sup>4</sup> 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**





## 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.



# Maison de Retraite Intercommunale

Fontenay-sous-Bois ♦ Montreuil-sous-Bois ♦ Vincennes ♦ Saint-Mandé

## TARIFS JOURNALIERS A COMPTER DU 1ER JUILLET 2023

	L'APA EST VERSEE directement sur le compte bancaire du résident			pour un hébergement dont l'APA est versé DIRECTEMENT A L'EHPAD et en intégralité		
	Hébergement	Ticket Modérateur <sup>TM</sup> Reste toujours à la charge du résident	DEPENDANCE** APA**	Hébergement	DEPENDANCE** Ticket Modérateur <sup>TM</sup> Reste toujours à la charge du résident	Montant mensuel (31 jours) TOTAL
<b>Chambre 1 lit</b>						
GIR 1/2	75.35 €	6.58 €	Forfait dépendance 24.43€ - <sup>TM</sup> (6.58) = 17.85 €	75.35 €	6.58 €	2 539.83 €
GIR 3/4	75.35 €	6.58 €	Forfait dépendance 15.50€ - <sup>TM</sup> (6.58) = 8.92 €	75.35 €	6.58 €	2 539.83 €
GIR 5/6	75.35 €	6.58 €	PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA	75.35 €	6.58 €	2 539.83 €
<b>Personnes moins de 60 ans</b>	97.20 €	6.58 €	PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA			3 217.18 €
<b>Résidence de la Dame Blanche</b>						
<b>Chambre 2 lits</b>						
GIR 1/2	70.35 €	6.58 €	Forfait dépendance 24.43€ - <sup>TM</sup> (6.58) = 17.85 €	70.35 €	6.58 €	2 384.83 €
GIR 3/4	70.35 €	6.58 €	Forfait dépendance 15.50€ - <sup>TM</sup> (6.58) = 8.92 €	70.35 €	6.58 €	2 384.83 €
GIR 5/6	70.35 €	6.58 €	PAS D'ATTRIBUTION DE L'APA	70.35 €	6.58 €	2 384.83 €

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 en hôpital ou clinique, 15 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé). Le ticket modérateur n'est plus facturé dès le premier jour d'hospitalisation.



## 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"> <li>▪ 1 manteau</li> <li>▪ Echarpe / chapeau / bonnet</li> <li>▪ 3 robes de chambre</li> <li>▪ 2 paires de chaussons (sans talon et fermé)</li> <li>▪ 1 paire de chaussures d'été</li> <li>▪ 1 paire de chaussures d'hiver</li> <li>▪ 4 vestes chaudes ou gilets ou polaire</li>   <li>▪ 7 tenues pour l'été et 7 pour l'hiver</li> <li>▪ Robes</li> <li>▪ Jupes</li> <li>▪ Pantalons</li> <li>▪ Chemisiers</li> <li>▪ Pulls</li>   <li>▪ 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 scratchs pour un meilleur confort d'enfilage*).</li> <li>▪ 10 collants ou chaussettes ou bas</li> <li>▪ 10 combinaisons</li> <li>▪ 10 culottes ou slips</li> <li>▪ 5 soutiens-gorges</li> <li>▪ 1 peignoir de bain en éponge ordinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 manteau</li> <li>▪ Echarpe-chapeau-bonnet</li> <li>▪ 3 robes de chambre</li> <li>▪ 2 paires de chaussons (sans talon et fermé)</li> <li>▪ 1 paire de chaussures d'été</li> <li>▪ 1 paire de chaussures d'hiver</li> <li>▪ 4 vestes chaudes ou gilet ou polaire</li>   <li>▪ 7 tenues pour l'été et 7 pour l'hiver</li> <li>▪ Pantalons</li> <li>▪ Tee-shirts</li> <li>▪ Chemises</li> <li>▪ Pulls</li>   <li>▪ 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 scratchs pour un meilleur confort d'enfilage*).</li> <li>▪ 10 slips</li> <li>▪ 10 paires de chaussettes</li> <li>▪ 1 peignoir de bain en éponge ordinaire</li> </ul>

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



## **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.

<b>En synthèse</b>
<b>Vérifier le réassort de l'armoire de votre proche en vous aidant du trousseau minimum</b>
<b>Pas de tissu fragile: le lavage est à température &gt; 40°.</b>
<b>Le marquage est indispensable pour éviter de perdre des vêtements.</b>
<b>Pas de dépôt de nouveaux vêtements sans le signaler.</b>



## ANNEXE 3 - PRESTATIONS INCLUSES OU PAS DANS LES TARIFS

### Prestations incluses dans les tarifs de l'établissement :

- **Liées à l'hébergement :**
  - Administration générale
  - Accueil hôtelier
  - Maintien de l'hygiène et de la propreté des locaux
  - Petites réparations
  - Électricité, chauffage, eau
  - Restauration
  - Linge domestique fourni
  - Entretien du linge domestique et personnel
- **Liées à la dépendance :**
  - Animation
  - Aide à la vie quotidienne (à la toilette, aux déplacements, à la coiffure, au rasage, etc.)
  - Protections d'incontinence
  - Intervention de psychologues
- **Liées aux soins :**
  - Surveillance médicale
  - Petit matériel médical et fournitures médicales
  - Médicaments\*
  - Examens de laboratoire et de radiologie
  - Auxiliaires médicaux : kinésithérapie\*, orthophonie\*, ergothérapie, pédicurie (une fois tous les 2 mois)
  - Fauteuils roulants et déambulateurs\*
  - Bilans et détartrage par un dentiste salarié

### Prestations à la charge du résident ou de sa famille :

- **Divers :**
  - Communications téléphoniques et internet
  - Prestations d'une coiffeuse libérale
  - Consommations à la cafétéria
  - Achats du chariot boutique
- **Frais liés au décès** (transport du corps et inhumation, frais de séjour en chambre funéraire, soins de conservations éventuels)
- **Matériel non fourni par l'établissement :**
  - Trousseau, produits d'hygiène
  - Téléphone
  - Télévision
- **Peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie :**
  - Prothèses auditives et dentaires, lunettes, chaussures orthopédiques
  - Consultations des médecins spécialistes ou dans les établissements de santé<sup>1</sup> (dermatologue, neurologue, cardiologue, etc.)
  - Soins dentaires<sup>2</sup>(sauf détartrage)
  - Scanner, écho doppler, etc (examens nécessitant des équipements lourds)

\* exclusivement sur prescription des médecins de l'établissement

<sup>1</sup> L'établissement organise le transport sanitaire

<sup>2</sup> L'établissement peut prendre le RDV et organise le transport sanitaire



### Conditions particulières de facturation :

**Si le linge est lavé par la famille :** une réduction forfaitaire du prix de journée est appliquée

#### **En cas d'hospitalisation :**

- Pour les **résidents payants** : les frais de séjour de l'établissement sont facturés, minorés des frais de restauration et le cas échéant de nettoyage du linge. La facturation du talon dépendance est interrompue. A partir du 36<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, le résident peut soit continuer à payer le prix de journée minoré, soit choisir de libérer sa chambre. Le forfait hospitalier est à la charge du résident.
- Pour les **résidents bénéficiaires de l'aide sociale** : le Département prend en charge les frais d'hébergement pendant 5 semaines. Au-delà, l'établissement s'efforce de conserver la chambre du résident, sans toutefois y être tenu. Le forfait hospitalier est payé par l'établissement.

#### **En cas d'absence pour convenances personnelles (vacances par exemple) :**

Si l'absence est supérieure à 72 heures et jusqu'à 35 jours par année civile, les frais de séjour sont facturés, minorés des frais de restauration et de nettoyage du linge. Sinon, les frais de séjour sont facturés dans leur intégralité. La facturation du talon dépendance est interrompue pour les résidents payants.

Le directeur doit être prévenu deux jours à l'avance pour les absences inférieures à 48 heures, et deux semaines à l'avance pour les absences d'une durée supérieure.

Concernant les ressortissants du Val-de-Marne, leur participation au tarif afférent à la dépendance n'est plus facturé suite à l'absence en cas d'hospitalisation et/ou pour convenances personnelles.

Concernant les ressortissants des départements autres que le Val-de-Marne, ils sont invités à consulter le Règlement Départemental d'Action Sociale de leur département.

# 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		
Nom	Montant mensuel	
Retraites		
Autres ressources éventuelles		

Total des ressources :

Total à reverser :

Dépenses obligatoires		
Nom	Montant mensuel	
Argent de poche		
Couverture complémentaire ( <i>mutuelle</i> )		
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/>

The screenshot shows the homepage of ameli.fr. At the top, there is a navigation bar with links: Presse | Qui sommes-nous ? | Statistiques et publications | Documentation technique | Marchés publics | Recrutement. Below this is the ameli.fr logo and the text 'L'Assurance Maladie en ligne'. A search bar is visible with the text 'Rechercher'. A large central banner features a smiling woman's face and a callout bubble that says 'J'accède à mon compte'. To the left of the banner, under 'Services en ligne pour les assurés', there is a list of links: 'Mon compte' (circled in red), 'ameli-direct.fr', 'Formulaires', and 'ameli-santé'. To the right of the banner, there is a text box: '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...' with an 'Entrée...' button. Below the banner, there are three main sections: 'ameli-santé.fr', 'Vous êtes professionnel de santé' (with a woman's image and text: 'Accédez à Espace pro. Consultez les informations qui concernent votre profession.'), and 'Vous êtes employeur / entreprise' (with a man's image and text: 'Accédez à vos services en ligne. Informez-vous sur vos démarches. Renseignez-vous sur la santé et la sécurité au travail.'). At the bottom left, there is a section for 'Mes remboursements en temps réel ...' with a lock icon and the text 'J'ouvre mon compte'.

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 dette ou d'indemnités in
- Poser de elle me rép

Voir tous le

**Je veux un compte, je commande un code provisoire**

**Je demande mon code provisoire**

### J'accède à mon compte

Mon numéro de sécurité sociale :  Aide

Mon code :  Aide

**Valider**

Problème de connexion >

Vous pouvez également vous connecter avec

 **mon. Service-Public.fr**  
Le compte Connecté des Administrations

Mon compte est aussi proposé aux assurés de : Cavavia, Caisse Nationale Mutualité de Sécurité Sociale, MSP, ENM, OSMER, Carisq, M&I

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 48 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 :

Votre code postal :

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.fr 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...



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.

Voir tous les services >



Je demande mon code provisoire

J'accède à mon compte

Mon numéro de sécurité sociale :

Mon code :

Valider

Problème de connexion >

Vous pouvez également vous connecter avec



Mon compte est aussi proposé aux assurés de : Canag, CRFCEN, INSP, Olympe, Elan, Caisse Nationale Mutualité de Sécurité Sociale, M&I

