

Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION

Nom patronymique du résident :

.....

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Provenance :

Type de séjour demandé :

○ Hébergement permanent :

oui non

○ Chambre double :

oui non indifférent

○ Secteur - sous réserve avis médical :

Ouvert

Protégé (unité Alzheimer)

○ Hébergement temporaire :

Dates souhaitées :

Cadre réservé à l'administration

Dossier réceptionné par l'EHPAD le :

Avis favorable / défavorable :

Date :

Signature de la cadre de santé :

Avis favorable / défavorable :

Date :

Signature médecin coordonnateur :

Décision favorable / défavorable :

Date :

Signature du directeur :

Décision de la commission donnée le : A qui/comment :

Orientation : Hébergement UP Accueil temporaire

Observations EHPAD :

.....

.....

.....

Echanges (dates et commentaires) :

.....

.....

.....

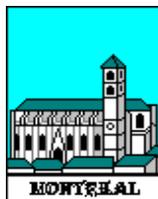
.....

.....

.....

.....

.....



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

PIECES A JOINDRE ET A FOURNIR POUR CONSTITUER LE DOSSIER ADMINISTRATIF

**VOTRE DEMANDE NE SERA PAS SOUMISE A LA COMMISSION
D'ADMISSION EN L'ABSENCE DES PIECES DEMANDEES ET DU PRESENT
DOSSIER COMPLETE**

LISTE DES COPIES DE PIECES ADMINISTRATIVES A FOURNIR AVANT L'ADMISSION :

- Les deux derniers avis d'imposition ou de non-imposition
- Le dernier avis déclaratif d'imposition
- Les 3 derniers relevés de comptes
- Livret de famille / extrait d'acte de naissance (mariage, décès, etc....)
- Pièce d'Identité **en cours de validité**
- Carte Vitale et **attestation papier**
- Carte de mutuelle
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- RIB original
- Le cas échéant, notification du tribunal d'une mesure de protection
- Le cas échéant, notification de droits de la CAF ou MSA

2

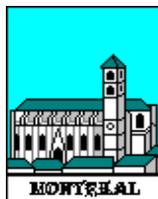
Ainsi que le présent dossier complété, comprenant obligatoirement :

- Le recueil et habitudes de vies complétés
- L'engagement à payer complété et signé
- L'acte de cautionnement solidaire complété et signé

LISTE DES COPIES DE PIECES MEDICALES A FOURNIR A L'ADMISSION :

- Les dernières ordonnances
- Les derniers examens biologiques (datant de moins d'un mois)
- Les radiographies
- Le dossier médical (courriers importants à demander au médecin traitant).

Dans les 15 jours suivants l'admission, vous devrez restituer le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement de l'EHPAD, complétés datés et signés - et le cas échéant l'autorisation de prélèvement par le Trésor Public.



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

I. PARTIE ADMINISTRATIVE

La présente demande est effectuée par :

Lien de parenté à préciser le cas échéant : Pour la personne âgée désignée ci-dessous,

A- FICHE ADMINISTRATIVE

Madame Monsieur NOM marital :

NOM patronyme : Prénom :

Nationalité : Date de naissance : Lieu de naissance :

1- SITUATION PERSONNELLE :

Célibataire Marié (e) Divorcé (e) Séparé (e) Veuf (ve)

Adresse : Téléphone :

Numéro de Sécurité Sociale : Caisse de Sécurité Sociale.....

Mutuelle : N° d'Affiliation :

Caisse de retraite : N° d'Affiliation :

Caisse de régime complémentaire : N° d'Affiliation :

Médecin traitant choisi à l'entrée :

3

Référent familial (nom/prénom/ lien de parenté) :

Le référent est-il : personne de confiance / représentant légal

Coordonnées du référent : Tél :/mail :

*** DESIGNATION D'UN REFERENT FAMILIAL PAR LE RESIDENT : Obligatoire en cas d'absence de représentant légal ou de personne de confiance :** Le référent familial désigné par le résident, est l'interlocuteur de l'EHPAD. Il est averti de tout incident majeur ou accident concernant le résident. Il sera contacté par les équipes soignantes et administratives, pour toutes questions relatives à la prise en charge de son parent (hospitalisation, organisation de l'entrée, participation au projet de vie ? produits d'hygiène, modification de l'état de santé, chute avec hospitalisation, mise en place de contention, changement de chambre, hospitalisation, fugue...). Il fait le lien avec les autres membres de l'entourage. Toute modification dans la désignation du référent familial doit faire l'objet d'un écrit.

A la date de la demande d'admission dans notre Etablissement, la personne âgée est :

A domicile En Centre Hospitalier / Clinique – Service

En SSR En Psychiatrie Autre

Adresse de l'Etablissement

Habituellement, la personne âgée :

Vit à son domicile Vit en foyer logement Vit en famille

Vit avec d'autres personnes Vit dans un autre EHPAD

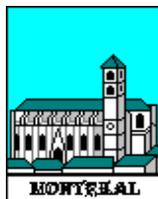
Bénéficie du Portage de repas d'une Aide-ménagère d'une Infirmière

Est bénéficiaire de l'APA : Non Oui : indiquer le GIR : 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6

Est bénéficiaire de l'allocation logement : Non Oui : Caisse : N°.....

Si bénéficiaire d'un service d'aide à domicile, préciser lequel :

Coordonnées tél-mail :



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

2- MESURES DE PROTECTION : oui (à joindre) non

Si oui : Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle Mandat de protection en cours

- Représentant légal :Mail :
- Adresse et téléphone :

3- DROIT A L'IMAGE :

Autorisez-vous la prise et la diffusion de photographies (*diffusion limitée : Presse, site internet de l'EHPAD, blog et promotion des activités de l'EHPAD*) ? **Oui** **Non** Signature :

4- AUTORISATION DE SORTIE :

Etes-vous d'accord pour participer aux diverses sorties pour tous les moyens de transports proposés par l'Etablissement ? **Oui** **Non** Signature :

5- CHOIX POUR L'ACHEMINEMENT DU COURRIER :

Nous vous remercions de bien vouloir sélectionner le mode de transmission choisi :

- Remis quotidiennement au résident en chambre
- Envoi du courrier au domicile du référent familial/tuteur, une fois par mois conditionné par la fourniture préalable chaque année de 6 enveloppes préimbrées grand format et 6 enveloppes préimbrées petit format. (*A défaut, le courrier sera en attente de retrait par le référent au secrétariat à sa demande.*)
REFERENT FAMILIAL :
ADRESSE D'ENVOI :
- Pour les familles qui passent régulièrement pendant les heures d'ouverture du secrétariat : leur courrier leur sera remis au secrétariat à leur demande (passage obligatoire au minimum chaque mois).

Signature :

6- CHOIX POUR LE LINGE :

Gestion du linge : **Par la structure (compris dans le prix de journée)** **Par les proches**

La TOTALITE du linge doit être marquée par vos soins avec des étiquettes nominatives.

Indications de marquage indispensables pour assurer le lavage et le retour du linge : Etiquettes NOM et PRENOM, cousues au niveau : Du col (chemises, maillots, robes, etc...) ; De la ceinture (jupes, pantalons, etc.....) ; Des élastiques (chaussettes, collants, etc...). Les chaussures et chaussons doivent être également marqués (marqueur indélébile).

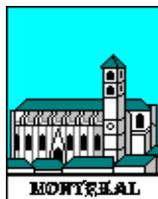
7- CHOIX POUR LE KIT HYGIENE :

Il est proposé la souscription à un kit d'hygiène produit de toilette :

Dans ce kit, dès que besoin, le nécessaire de produits de toilette sera fourni au résident, incluant les produits suivants : *shampooing / gel douche, eau de Cologne, mousse à raser, rasoirs jetables, brosse à dent, dentifrice, savonnette, lait/crème hydratante corps / visage, déodorant, lingettes.*

Le tarif fixé en 2024 est de 24 € / mois. **Oui** **Non** Signature :

En cas de non-souscription, **vous vous engagez** à amener les produits de toilettes en quantité suffisante, spontanément et régulièrement. A défaut nous attribuerons un kit et il sera facturé.



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

8- AUTORISATION DE COMMANDE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES NON REMBOURSES – plafond de 25 € :

Dans le cadre de la continuité de prise en charge et le confort de votre proche, **êtes-vous d'accord pour autoriser les infirmiers de l'EHPAD à commander à la pharmacie conventionnée, des produits non remboursés pour un dépassement maximum de 25 €** (type crèmes...) sans vous contacter pour l'autorisation préalable. Selon le produit et s'il y a prescription médicale, soit il y aura une prise en charge par la mutuelle, soit une facture établie par la pharmacie au résident.

Par contre pour toute commande, pour un coût supérieur de 25 € votre accord préalable reste obligatoire et nous vous appellerons au préalable pour l'autorisation.

Oui Non

Signature :

9- AUTORISATION D'INTERVENANTS EXTERIEURS :

Autorisez-vous les prestations suivantes :

Kinésithérapeute : Oui Non Qui :

Fréquence :

Signature :

Pédicure : Oui Non Qui :

Fréquence :

Signature :

Coiffeur : Oui Non Qui :

Fréquence :

Signature :

• Médecin traitant actuel :

Adresse et téléphone :

• En cas d'hospitalisation programmé, établissement souhaité :

ANNEXE : LISTE DES INTERVENANTS MEDICAUX : principe du libre choix (liste non exhaustive) : il vous appartient de les contacter en nous préciser le nom qui accepte avant l'entrée.

A titre d'information, nous vous précisons la liste des intervenants extérieurs exerçant à titre libéral dans l'EHPAD et qui ont signé un contrat d'exercice : **vous disposez du libre choix dans les intervenants de votre prise en charge.**

Cette liste est non exhaustive et seulement indicative.

Vous pouvez évidemment choisir un autre professionnel que ceux mentionnés ci-après, s'il accepte d'intervenir à l'EHPAD.

MEDECIN TRAITANT :

- Dr **DIDIER** Nicolas - Montréal
- Dr **GUTTON** Isabelle - Bram
- Dr **POSOCCO** Régis – Belvèze du Razès
- Dr **TOTOASY** Jomini

LIEU D'HOSPITALISATION :

- CH de **CASTELNAUDARY**
- CH de **CARCASSONNE**
- Polyclinique de Montréal, **CARCASSONNE**

KINESITHERAPEUTE :

- **PIGNIDE** Laurent
- **ZONA** Guilhem

AMBULANCE :

- **NOVELLO Ambulances** Carcassonne
- **ASSIE Ambulances** Carcassonne
- **VEYRIER Ambulances** Castelnaudary / Bram

PEDICURE :

- **SANEGRE Hervé** - Carcassonne
- **FAURE Marie** - Villasavary

Êtes-vous informés sur les **directives anticipées** ?

Oui

Non

Les avez-vous rédigées ? Non Oui

Si oui, où se trouvent-elles ?

Êtes-vous informés sur la **personne de confiance** ?

Oui

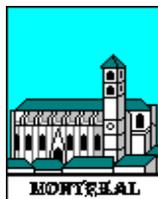
Non

L'avez-vous désigné ? Non Oui

Si oui, qui est-elle ?

Avez-vous un **contrat obsèques** : Pompes Funèbres :

Contrat N°



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

B- LE RECUEIL DE L'HISTOIRE DE VIE

1. PARENTS

PERE : Nom et prénom : Date de naissance :

Lieu de naissance : Profession(s) exercée(s) :

MERE : Nom et prénom : Date de naissance :

Lieu de naissance : Profession(s) exercée(s) :

2. FRATRIE

Nombre de frère et sœur : (En cas de décès, merci de nous préciser la date)

1^{er} : Prénom : Année naissance : Type de relation : bonne-moyenne-difficile

2nd : Prénom : Année naissance : Type de relation : bonne-moyenne-difficile

3^e : Prénom : Année naissance : Type de relation : bonne-moyenne-difficile

3. CONJOINT/EPOUX(SE)

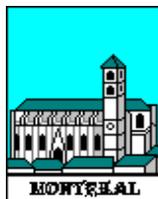
Nom - prénom : Date et lieu de naissance :

..... Profession(s) exercée(s) :

Date de mariage : Divorcé (e) / Veuf/ve Date du divorce ou décès :

4. ENFANTS

	1 ^{er} enfant	2 nd enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant
Nom / Prénom				
Date et lieu de naissance				
Adresse postale				
Code postal + Ville				
Téléphone portable et fixe				
Mail (obligatoire)				
Profession				
Type de relation (bonne/moyenne/c ompliquée)				
Nbre d'enfants et leurs prénoms				
Autres informations nécessaires / date décès				



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

5. AUTRES PERSONNES PROCHES /IMPORTANTES (famille et/ou amis)

Nom / Prénom			
Lien			
Adresse			
Téléphone			
Mail			

6. AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES

Scolarité niveau :Langue parlée couramment :

Maîtrise de l'écriture : Oui Non / Maîtrise de la lecture : Oui Non

Profession(s) exercée(s) :

Etes-vous ancien combattant ou femme d'ancien combattant : Oui

Opération(s), hospitalisation(s), accident(s) importants :

.....
.....

Motif de l'entrée :

Qui est à l'origine de la demande d'entrée :

Avez-vous été informé de votre entrée : Oui Non

Le consentement éclairé a-t-il été recherché : Oui Non

VIE SOCIALE, LOISIRS ET PLAISIRS :

Il est proposé une personnalisation de la porte de chambre avec votre nom et une image/photo de votre choix.

Quelle image ou photo souhaitez-vous mettre ?

Désire d'aller vers les autres résidents : Oui Non

Désir d'aller à l'extérieur : Oui Non

Sorties possibles : Seul(e) Accompagné(e)

Souhaite avoir ses fêtes et anniversaires célébrés : Oui Non

Aime être entouré(e) : Oui Aime la solitude : Oui

Aime : Téléphone TV Radio Journaux/Magazines

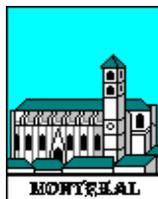
Musique : Goûts musicaux :

Aide à la lecture du courrier : Oui Non

Désire participer aux activités : Oui Non

Activités souhaitées (entourez) : Tricot, pêche, jardinage, cuisine, bricolage artistique, gym douce, marche, jeux de société, cartes, peinture, conversation, musique, chant, lecture, décoration du service, fêtes, sorties, animation musicale, abonnement de journaux...

Autres : précisez :



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

Qu'est-ce que vous n'aimez pas faire ? :
Avez-vous un animal ? Oui : Lequel ?.....

PARTAGE

Qu'avez-vous envie de partager avec nous sur votre parcours de vie ? *Faits principaux ayant marqués votre histoire de vie (naissance, décès important), type de comportement (anxiété, isolement, relation de dépendance avec un proche par exemple), moyens de détente :*

.....
.....
.....

C- LES HABITUDES DE VIE : ces éléments sont essentiels pour l'accompagnement

1- Communication

	Oui	Non	Précisions (si nécessaire)
Communication			
Expression spontanée			
Difficulté d'expression			
Compréhension de ce qui est dit, cohérence			
Communication non verbale : <input type="checkbox"/> Écriture <input type="checkbox"/> Signes <input type="checkbox"/> Toucher <input type="checkbox"/> Regard <input type="checkbox"/> Mimiques <input type="checkbox"/> Images <input type="checkbox"/> Pleurs <input type="checkbox"/> Sourires <input type="checkbox"/> Agitation			

	Oui	Non	Préciser (si nécessaire)
Troubles de la mémoire			
Repérage dans le temps			
Repérage dans l'espace			
Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Manifestation verbale <input type="checkbox"/> Manifestation physique			
Confusion			
Hallucinations			

Vos traits de caractère :
Vos peurs / phobies :.....

2- Rythme de vie :

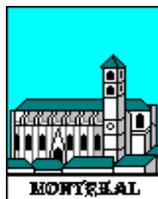
Positionner sur les échelles : lever, toilette, petit déjeuner, déjeuner, dîner, sieste, TV, WC, promenade, coucher...

Matin :

6h / / / / / / / 14h

Après-midi :

14h / / / / / / / 21h



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

Nuit :
21h

6h

3- La mobilisation / le lever :

Marche seul(e) : Oui Non - *Si Non, à cause de :* Fatigue Perte d'équilibre Douleur

Hémiplégié droite Hémiplégié gauche Autre :

Ne marche plus : Depuis/...../.....Cause :

Périmètre de marche :

Risque de chute : Oui Non

Risque d'errance/déambulation : Oui - *Si Oui, Jour Nuit* Non

Prothèse : Oui - *Si oui, type :* Non

Matériel utilisé : Cannes, type : Déambulateur, type :

Prothèse(s), type : Fauteuil, type:

Lève-malade Verticalisateur Matelas, type:

4- Appareillage / Altération de la perception sensorielle :

Dentaire : Haut Bas

Auditif : Droite Gauche

Lunettes : Oui N°série :

Entretien des appareillages / prothèses : Seul(e) Aide partielle Par un soignant

5- Habitudes alimentaires

Fausse route aux liquides

Eau gélifiée

Fausse route aux solides

Eau gazéifiée



Les repas : Bon appétit Petit appétit

Mange : Seul(e) Aide partielle Aide totale

Boit : Seul(e) Aide partielle Aide totale

Eau Vin

Au verre Au verre à encoche nasale A la petite cuillère A la paille

Régime : Oui, précisez :

Texture : Normale Semi-liquide Mouliné Mixé Sonde gastrique

Mets préférés :

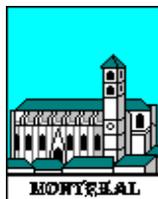
Mets non appréciés :

Petit-déjeuner :

Café Thé Chocolat Jus de fruit Lait

Biscottes Pain Pain de mie Gâteaux Blédine

Beurre Confiture Fromage Yaourt



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

Poids :Kg

Taille : M

IMC :

=poids en kg/taille² en m

6- Habitudes de sommeil

Se couche vers :h..... / Se lève vers :h..... Sieste
 Seul(e) Avec aide Réveil nocturne Insomnie Apnée du sommeil
 Somnolence Déambulation nocturne 1 barrière au lit 2 barrières au lit

Souhaite une collation (vers 22/23h) ? **OUI** **NON**
Accepte d'être réveillé la nuit (change par ex) **OUI** **NON**
Facteurs favorisant le sommeil : Lecture TV Musique Veilleuse
 Tisane Porte ouverte Porte fermée Porte entrouverte Volets ouverts
 Volets fermés Volets entrouverts
Facteurs réduisant le sommeil :

7- Habitudes de soins corporels / bien-être

Etat cutané :

Toilette : La toilette a-t-elle lieu : avant ou après le petit-déjeuner
 Seul(e) Au lit Au lavabo Aide partielle Aide totale
 Prend des douches (Fréquence :) Prend des bains (Fréquence :)

Hygiène buccodentaire : Seul(e) Aide partielle Aide totale

Bien-être/Estime de soi :

Rasage : seul avec aide Fréquence : Type de rasoir :
Coiffeur : Oui Non Fréquence : Nom :
Maquillage : Oui Non Fréquence :
Esthéticienne : Oui Non Fréquence : Nom :
Pédicure : Oui Non Fréquence : Nom :

Pratiquez-vous des soins sensoriels (type Snoëzelen, réflexothérapie, aromathérapie...) : *Précisez lesquels et la fréquence* :

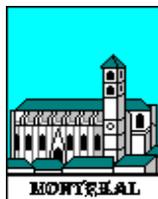
Sinon êtes-vous intéressé pour ce type de soins : Oui Non

8- Habitude vestimentaire

Habillage/déshabillage : Seul (e) Aide totale Aide partielle
 Choisit ses vêtements seul(e)
 Accessoires (montre, bijou, perruque, cravate...):
 Frileux A toujours chaud Autres précisions :

9- Elimination

Exprime ses besoins Besoins programmés



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

C- LES MODALITES FINANCIERES

1- LE TARIF :

En EHPAD, 3 tarifs sont appliqués conjointement :

- Le tarif **soins**, pris en charge selon la réglementation par la Sécurité Sociale et la Mutuelle ;
- Le tarif **dépendance**, pris en charge par l'hébergé mais qui peut ouvrir droit à l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) accordée par le Conseil Départemental ;
- Le tarif **hébergement**, pris en charge par l'hébergé, et qui peut ouvrir droit à l'Aide Sociale (récupérable) accordée par le Conseil Départemental.

Tarifs applicables à compter du 1^{er} avril 2024, par arrêtés du Conseil Départemental :

Moins de 60 ans : Tarif unique = NC par jour

Plus de 60 ans :

	Prix de journée hébergement 01/04/2024	Prix de journée dépendance 01/04/2024	TOTAL	TOTAL pour 31 jours	APA par jour déduite si domicile de secours dans l'Aude	Total par jour
Résidents en GIR 1/2	65.88	21.64	= 87.52 €	= 2 713.12 €	= - 15.81 €	= 71.71 €
Résidents en GIR 3/4	65.88	13.73	= 79.61 €	= 2 467.91 €	= - 7.90 €	= 71.71 €
Résidents en GIR 5/6	65.88	5.83	= 71.71 €	= 2 223.01 €	0 €	= 71.71 €

2- LE DEPOT DE GARANTIE :

A la signature du contrat de séjour, il est demandé de verser **un dépôt affecté à la garantie du règlement** des frais de séjour ainsi qu'à la prise en charge de réparation ou de charges liées à des dégradations constatées de manière contradictoire.

Le montant du dépôt de garantie est de MILLE TROIS CENT EUROS (**1 300 €**) ; le versement s'effectue par chèque libellé au nom du : **Trésor Public**.

La restitution intervient, déduction faite des sommes dues, au plus tard 30 jours après la fin du mois de la résiliation du contrat.

3- LES AIDES FINANCIERES :

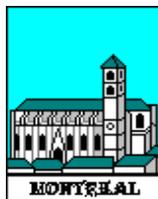
1- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :

Cette allocation est versée par le Conseil Départemental du domicile de secours. Elle est destinée aux personnes de plus de 60 ans, vivant en France de façon stable et régulière, à domicile comme en établissement, et qui ont perdu une partie de leur autonomie et dans l'incapacité d'assumer les gestes simples de la vie quotidienne ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

Elle n'est pas récupérable sur succession, legs ou donation et seuls les revenus du demandeur sont pris en compte pour son calcul.

Elle permet de couvrir une partie des frais du « tarif dépendance » de l'établissement d'hébergement (une participation restant toutefois à la charge du résident = le ticket modérateur correspondant au montant du GIR 5/6).

Son montant varie en fonction du degré de dépendance de la personne, évalué par un médecin de l'Etablissement d'hébergement ou du Conseil Départemental, c'est le GIR (Groupe Iso-Ressources).



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes De Montréal de l'Aude

Il existe 6 GIR, allant du plus dépendant (GIR 1), au plus autonome (GIR 6). Seules les personnes dont le GIR est estimé de 1 à 4 inclus peuvent percevoir l'APA. Une aggravation de la dépendance, évaluée annuellement par l'EHPAD et constatée par le médecin, entraîne un changement de GIR.

Le dossier de demande est à retirer et à déposer auprès du Centre Communal / Intercommunal d'Action Sociale ou à la mairie de votre commune de résidence, qui le fera parvenir au Conseil Départemental.

2- L'Aide Sociale :

Lorsqu'une personne de plus de 65 ans, avec ses ressources ou éventuellement avec l'aide de sa famille, ne peut pas supporter le paiement du prix d'hébergement en établissement, il est alors fait appel à l'Aide Sociale qui peut être accordée par le Conseil Départemental.

Le fait de formuler une demande d'Aide Sociale entraîne la mise en jeu du principe de l'obligation alimentaire envers la famille.

En cas de refus de participation des ayants droit et parallèlement à la révision du dossier par la Commission d'admission à l'Aide Sociale du Conseil Départemental, il pourra être demandé au Juge aux Affaires Familiales auprès du TGI, de fixer la part contributive de chacun des débiteurs alimentaires. Il vous reviendra ensuite d'adresser au Conseil Départemental une copie du jugement qui sera alors pris en compte par la Commission d'Admission.

Ces deux aides (Aide sociale et APA) sont cumulables et complémentaires dans la mesure où elles ont pour objet de financer deux tarifs distincts : d'une part, le tarif hébergement correspondant aux prestations d'hôtellerie et de restauration, d'autre part le tarif dépendance.

Le cumul entre l'APA et l'Aide Sociale à hébergement est donc tout à fait possible, sachant :

- D'une part, que les demandes d'aide sociale à l'hébergement sont étudiées sur la base des revenus de l'intéressé(e), déduction faite du montant de sa participation au titre de l'APA ;
- D'autre part que les conditions habituelles d'intervention de l'aide sociale, avec mise en jeu des obligations alimentaires et recours sur succession s'appliquent pleinement.

4- PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

1- **Dispositions générales :** Le prélèvement automatique est le moyen de paiement conseillé aux personnes résidentes de l'EHPAD de Montréal, et autres débiteurs. Ce moyen de paiement moderne est simple, sûr et souple. La demande de prélèvement automatique s'effectue auprès du **secrétariat**.

Sûreté : Le prélèvement automatique apporte tranquillité d'esprit et assurance de payer dans les délais.

Simplicité : Les factures correspondantes sont envoyées aux débiteurs et la date de prélèvement est connue à l'avance.

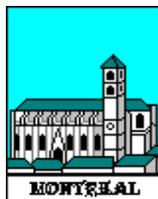
Souplesse : La facturation des prestations par le secrétariat de l'EHPAD de Montréal permet de prendre en compte dès le mois suivant tous les changements liés au débiteur : changement de compte, sortie anticipée ou l'admission à l'aide sociale versée par le département.

2- **Avis d'échéance :** Chaque mois, le bénéficiaire du prélèvement automatique est destinataire d'une facture correspondant aux éléments tarifaires facturés pour le mois précédent, ou convenus avec le(s) débiteur(s).

3- **Date du prélèvement mensuel :** Chaque ordre de prélèvement est transmis au Trésor Public de Carcassonne Etablissements Hospitaliers le 1^{er} du mois suivant (*à titre indicatif, le prélèvement est effectué actuellement autour du 20 du mois suivant*).

4- **Changement de compte bancaire :** Le débiteur qui change de numéro de compte bancaire, d'agence, de banque ou de centre de chèques postaux, doit retourner dans les meilleurs délais un nouveau relevé d'identité bancaire ou postal au secrétariat de l'EHPAD de Montréal. De même, tout changement d'adresse sera signifié au secrétariat de l'EHPAD.

5- **Coût du prélèvement automatique :** Les frais liés au prélèvement automatique sont à la charge de l'EHPAD de Montréal. **Par conséquent, dans l'hypothèse d'un prélèvement normalement honoré, le bénéficiaire ne paye aucun frais.**



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

6- **Echéances impayées** : Si un prélèvement est impayé, l'EHPAD de Montréal émet un avis des sommes à payer qui sera régularisé par chèque dans les meilleurs délais. Dans cette hypothèse, des frais de rejets peuvent être imputés à la charge du redevable.

7- **Renseignements, réclamations, recours** : Tout renseignement concernant le décompte des frais de séjours est à adresser aux services administratifs de l'EHPAD de Montréal.

Vous souhaitez adhérer au prélèvement automatique : NON OUI

5- ENGAGEMENT A PAYER (Article L.312-9 du Code de l'action sociale et des familles)

Concernant l'hébergement de Mr/MmeNé(e) le :/...../.....

Je soussigné(e), Nom : Prénom :

Obligé alimentaire, indiquer le degré de parenté :

Adresse :

Code postal :Commune :

Téléphone :Mail :

Je reconnais avoir été informé (e) :

- Des **prix de journée en vigueur** pratiqués dans la structure d'hébergement et de leur **fixation et évolutions** ;
- De mon **obligation alimentaire** cf. article R132-9 du code de l'action sociale et des familles et les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil ;
- De mon engagement en tant qu'obligé alimentaire de la personne citée ci-dessus à **assurer le règlement des frais de séjour** à la Trésorerie de Carcassonne Etablissements Hospitaliers, si toutefois ses ressources ne lui permettaient pas de prendre seul(e) en charge son hébergement ;
- De la possibilité de **solliciter le Conseil Départemental** pour une demande d'aide sociale à l'hébergement en cas d'insuffisance de ses ressources.

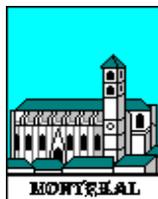
Fait à :Le/...../.....

Signature précédée de la mention : « lu et approuvé, bon pour engagement de payer par jour la somme de 71.71 € (Soixante et onze euros et 71 centimes) à date de signature sous réserve d'évolution.»

Textes de référence : CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES Article R132-9 :

Pour l'application de l'article L. 132-6, le postulant fournit, au moment du dépôt de sa demande, la liste nominative des personnes tenues envers lui à l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du code civil, lorsqu'il sollicite l'attribution d'une prestation accordée en tenant compte de la participation de ses obligés alimentaires. Ces personnes sont invitées à fixer leur participation éventuelle aux dépenses susceptibles d'être engagées en faveur du postulant ou à l'entretien de ce dernier. La décision prononcée dans les conditions prévues par l'article L. 131-2 est notifiée à l'intéressé et, le cas échéant, aux personnes tenues à l'obligation alimentaire en avisant ces dernières qu'elles sont tenues conjointement au remboursement de la somme non prise en charge par le service d'aide sociale et non couverte par la participation financière du bénéficiaire. A défaut d'entente entre elles ou avec l'intéressé, le montant des obligations alimentaires respectives est fixé par l'autorité judiciaire de la résidence du bénéficiaire de l'aide sociale.

CODE CIVIL : Article **205** Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin. Article **206** Les gendres et belles-filles doivent également, et dans les mêmes circonstances, des aliments à leur beau-père et belle-mère, mais cette obligation cesse lorsque celui des époux qui produisait l'affinité et les enfants issus de son union avec l'autre époux sont décédés. Article **207** Les obligations résultant de ces dispositions sont réciproques. Néanmoins, quand le créancier aura lui-même manqué gravement à ses obligations envers le débiteur, le juge pourra décharger celui-ci de tout ou partie de la dette alimentaire. Article **212** Les époux se doivent mutuellement respect, fidélité, secours, assistance.



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

6- ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

(Articles 2011 à 2043 du Code Civil - À établir en deux originaux)

Etablissement : Résidence de la Malepère EHPAD Avenue des Tins BP9 11290 MONTREAL

Nom et prénom du résident :

Caution signataire du présent engagement :

- NOM et Prénom :
- Adresse :
- Date de signature du contrat de séjour :
- A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de :
(somme en toutes lettres) :

Après avoir pris connaissance du Contrat de Séjour et du Règlement de Fonctionnement, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations du résident pour le paiement :

- Des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental,
- Des charges récupérables et réparations éventuelles.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion. La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du Contrat de Séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main (sur les deux originaux) la mention ci-après :

"Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion ni de division pour les obligations nées au cours de l'exécution du Contrat de Séjour et résultant de ce Contrat de Séjour et du Règlement de Fonctionnement :

- *pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental et révisables unilatéralement sous réserve qu'après en avoir été informé, je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois,*
- *pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR de la personne âgée si cette dernière ne peut bénéficier de l'APA ou de la PSD,*
- *pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles.*

Mention manuscrite de la caution :

Fait à

La caution,

Signature précédée de la mention manuscrite

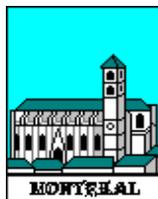
"lu et approuvé, pour caution solidaire"

le,

Le Représentant de l'établissement,

Signature précédée de la mention manuscrite

" lu et approuvé, bon pour acceptation"



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

7- FICHE DE DEPÔT DES OBJETS DE VALEURS

Nom : Date d'entrée :
Prénom : Date de sortie :
Date de naissance :

Je soussigné(e),déclare :

Cocher les cases correspondantes de réponse :

1. N'avoir ni valeur, ni objet précieux à remettre au régisseur de l'EHPAD, dégageant ainsi la responsabilité de l'administration en cas de perte ou de vol.
2. Avoir été invité à déposer des valeurs et des objets précieux à la Direction qui se charge de les déposer auprès du comptable du Trésor, et m'y refuser de mon plein gré, dégageant ainsi la responsabilité de l'administration en cas de perte ou de vol.
3. Avoir déposé des valeurs et des objets précieux à la Direction qui se charge de les déposer auprès du comptable du Trésor.

Objets déposés (clés, papiers.....)	Quantité	Descriptions et/ou observations

4. Résident hors d'état de manifester sa volonté.

Nom et signature de l'agent ayant donné l'information ou des 2 personnes responsables de l'inventaire

Je soussigné(e), M., Mme, Mlle, avoir pris connaissance des différentes possibilités de dépôt de valeurs lors de mon entrée (cas n° 1, 2, 3)

Date :

Signature :

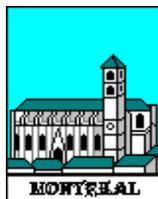
Signature et nom de l'agent qui dépose (cas N°3 et 4)

Lors du retrait, je déclare avoir reçu les objets et valeurs confiés à l'EHPAD.

Date :

Nom :

Signature :



Résidence de la Malepère

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
De Montréal de l'Aude

E-TROUSSEAU NECESSAIRE A L'ENTREE

Affaires de toilette : (À renouveler régulièrement)

<ul style="list-style-type: none">○ 1 trousse de toilette○ Si dentier : 1 Stéradent / 1 colle / 1 boîte○ 1 peigne / brosse○ 1 petit miroir○ 2 paquets de mouchoirs jetables	<ul style="list-style-type: none">○ 1 mousse à raser, des rasoirs jetables / électrique○ 2 shampoing /gel douche – 2 savonnets○ 1 eau de toilette/Cologne, 1 déodorant○ 2 paquets de lingettes○ 1 brosse à dent et 1 dentifrice,○ 1 lait / 1 crème hydratante visage et corps.	Compris dans le kit hygiène si souscription
---	---	---

Vêtements impérativement **MARQUÉS** avec étiquettes cousues avant l'entrée :

/! le linge fragile ou délicat (la laine, la soie, les Damarts...) ne seront pas entretenus par l'EHPAD.

- *Merci de marquer le linge avec des étiquettes entièrement cousues (le collage ne tient pas au lavage)*
- *Marquer le trousseau dans sa totalité (même les chaussures et chaussettes)*
- *Le marquage doit être visible (exemples : encolure, ceinture, ...)*

<ul style="list-style-type: none">○ 7 slips ou 7 culottes○ Femmes : 5 soutien-gorge○ 7 chemises de corps manches courtes en coton○ 7 combinaisons en coton (femmes)○ 7 paires de bas, collants, ou chaussettes (qui ne serre pas).○ 6 robes ou blouses hiver et 6 été○ 5 pantalons ou joggings hiver et 5 été○ 1 manteau ou 1 anorak○ 1 bonnet + 1 écharpe + 1 paire de gant	<ul style="list-style-type: none">○ 2 robes de chambre○ 2 paires de chaussures lavables (hiver et été)○ 2 paires de chaussons lavables (hiver et été)○ 5 gilets○ 5 pulls ou polos (5 hiver et 5 été)○ 7 chemises de nuits ou 7 pyjamas○ 1 veste ou popeline○ 1 chapeau ou 1 casquette○ 7 mouchoirs○ 2 peignoirs de bain
--	--

Autres (en fonction du souhait du résident) :

<ul style="list-style-type: none">○ 1 téléviseur écran plat + 1 télécommande (si TV murale, à fixer par l'agent technique de l'EHPAD)○ 1 poste radio	<ul style="list-style-type: none">○ Meubles personnels, sous réserve des dimensions, et en fonction de la taille et de l'ameublement de la chambre○ 1 ventilateur, marqué au nom du résident
---	---

Il est impératif de disposer de linge de rechange / de produits d'hygiène, en quantité suffisante, pour le bien-être du résident, et de veiller à le changer régulièrement et dès que nécessaire – et de nous indiquer tout nouvel apport (vêtements, meubles, affaires) afin que l'inventaire soit à jour.