

ATTENTION :
TOUT DOSSIER D'ADMISSION NON ACCOMPAGNE
D'UNE PIECE D'IDENTITE, MEME PERIMEE, SERA REFUSE
(carte, passeport, permis de conduire).

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande, je vous prie de trouver ci-joint un dossier d'admission.

Les **pièces administratives** à fournir sont les suivantes :

- ℘ Copie de la notification de la carte vitale
- ℘ Copie de la carte de mutuelle
- ℘ Copie du protocole d'accord de prise en charge à 100% le cas échéant
- ℘ Livret de famille
- ℘ Relevé d'identité bancaire
- ℘ Avis d'imposition ou de non imposition recto verso signé
- ℘ Photocopie des récents relevés de livret d'épargne, assurances vie et de placements divers
- ℘ Etat des biens fonciers ou taxe(s) foncière(s)
- ℘ Copie de l'avis des sommes à déclarer aux impôts pour chaque Caisse de Retraite
- ℘ Pièce d'identité (carte d'identité ou passeport ou permis de conduire...).
- ℘ Extrait d'acte de naissance avec filiation

Joindre la photocopie de décision d'attribution pour les bénéficiaires de :

- ℘ L'allocation logement
- ℘ L'aide sociale
- ℘ L'allocation personnalisée d'autonomie

Joindre également, le cas échéant :

- ℘ Copie de carte d'invalidité
- ℘ Copie de la carte d'ancien combattant, de victime de guerre ou veuve de guerre
- ℘ Copie du jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice
- ℘ Copie du contrat d'obsèques, concession cimetière

IMPORTANT

Les **documents de renseignements médicaux** doivent impérativement être remplis par un médecin et nous être retournés accompagnés des renseignements administratifs indispensables à l'étude du dossier et ce, d'ici un mois.

Passé ce délai, nous vous informons que votre demande sera classée sans suite.

L'admission en EHPAD est une décision du directeur prise sur avis médical, susceptible d'évoluer dans le temps.

Préalablement à toute admission, vous êtes invités à prendre rendez-vous avec les responsables des services d'hébergement, pour visiter l'établissement et prendre connaissance de son mode de fonctionnement.

- ℘ Les tarifs sont variables d'un établissement à l'autre.
Il est conseillé de vous renseigner au préalable.

Aucune admission ne pourra être prononcée sans présentation d'un dossier complet.

Dès que l'admission est prononcée par l'établissement, vous devez prendre rendez-vous avec le service des admissions de cet établissement, afin de compléter le dossier administratif et solliciter les différentes aides financières possibles.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

F. DESIMPEL
Directrice



TARIFS EHPAD

Séjour Permanent et Temporaire

TARIFS APPLICABLES AU 1er juillet 2013

| | Hébergement | Dépendance | TOTAL | APA à déduire <i>(versée directement à l'ets*)</i> |
|----------------|----------------|---------------|----------------|---|
| GIR 1/2 | 48.69 € | 22,23 € | 70.92 € | 16,25 € |
| GIR 3/4 | 48.69 € | 14,10 € | 62.79 € | 8,12 € |
| GIR 5/6 | 48.69 € | 5,98 € | 54.67€* | |

* pour les résidents dont le domicile de secours est la Marne, sous réserve du calcul de la de la partie de dépendance en fonction des revenus.

Le montant du dépôt de garantie exigible à l'entrée dans l'établissement est fixé à : 1 694.77 € pour l'année 2013.

Le montant de ces frais d'hébergement est facturé mensuellement à terme échu et réglable, dès réception de la facture émise par l'établissement, auprès du *Comptable du Trésor Châlons Banlieue - 12 rue Ste Marguerite - 51022 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex* par chèque bancaire.

TARIFS ACCUEIL DE JOUR

| TARIFS APPLICABLES AU 1er avril 2013 | | | |
|--------------------------------------|-------------|------------------------------|----------------------------|
| | Hébergement | Dépendance (Tarif Unique) | A la charge de l'usager |
| GIR 1 à 6 | 24,73 | 27,88 € | 52,61 € |



Elaboré par :
FHF délégation Haute-Marne
& le groupe de travail RéGéCA

**ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR
PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOSSIER ADMINISTRATIF D'INSCRIPTION

A transmettre aux établissements choisis

NOM :

Prénom :

ETABLISSEMENTS SOUHAITES par ordre de préférence

-
-
-
-
-
-

HEBERGEMENT TEMPORAIRE

HEBERGEMENT DEFINITIF

Indiquez le nom du médecin traitant

► Le dossier administratif d'inscription et le dossier médical sont à déposer en même temps.

Date de dépôt du dossier dans l'établissement :

Identification du prescripteur



Demande d'admission de :

NOM :
Prénom :

Qui fait la demande d'admission :

Personne elle-même :
Famille :
Structure médicale : A préciser : _____
Institution : A préciser : _____
Service social : A préciser : _____
Commune : A préciser : _____

Coordonnées du demandeur :

Nom..... 
..... 

La personne prochainement admise est-elle :

➤ informée de cette démarche : OUI NON

Sinon, pourquoi :

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

➤ consentante à cette démarche d'hébergement ? OUI NON

Fait à, le

Signature manuscrite :

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE A ACCUEILLIR

NOM : NOM de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse habituelle :

.....Date d'arrivée à cette adresse :.....

Téléphone :

Lieu de séjour actuel si différent de l'adresse habituelle :

.....

..... Date d'arrivée à cette adresse :.....

Nationalité

Si personne de moins de 60 ans, demande de dérogation faite ? OUI NON en cours

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié Veuf Pacsé

Divorcé Séparé Vie maritale

Pour un mariage, veuvage, pacs, divorce, séparation, veuillez préciser la date :.....

Nombre d'enfants : Ancienne profession :

Personne de confiance

Adresse :.....

.....
(Référence à la loi 2002-303 du 4 mars 2002 : pendant votre séjour, il vous est possible de désigner une personne, librement choisie par vous dans votre entourage et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre – cf. annexe n°3)

SITUATION AVANT L'ENTREE

Domicile

Autre lieu d'hébergement

Hôpital

REGIME DE PROTECTION JURIDIQUE

La personne à accueillir bénéficie-t-elle d'une mesure de protection juridique ?

OUI NON en cours

Si oui, cocher laquelle :

Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice
Mandat de protection future

Ordonnance du (à joindre impérativement)

Mandataire désigné :

NOM Prénom :

Adresse :

Téléphone :

LISTE DES PERSONNES A PREVENIR (EN CAS D'URGENCE)

| NOM | Prénom | Adresse | Téléphones | Lien de parenté avec la personne à accueillir |
|-----|--------|---------|------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

LISTE DES OBLIGES ALIMENTAIRES (enfants, gendres, belles-filles, petits-enfants)

| NOM | Prénom | Adresse | Téléphones | Lien de parenté avec la personne à accueillir |
|-----|--------|---------|------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

COUVERTURE SOCIALE

↳ Caisse d'assurance maladie

Numéro d'immatriculation SS :

Nom et adresse de la caisse :

.....

↳ Mutuelle

Numéro d'adhérent.....

Nom et adresse de l'organisme.....

.....

ASSURANCES

Avez-vous souscrit une assurance responsabilité civile ? OUI NON
Si oui, fournir l'attestation chaque année
Si non, à souscrire car cette assurance est demandée dans le règlement des établissements.

Etes-vous ancien combattant ? OUI NON

Etes-vous veuve de guerre ? OUI NON

ALLOCATIONS

Bénéficiez-vous d'une allocation logement ? OUI NON
Si oui, quel est le montant ?
Si non, souhaitez-vous faire une demande ?

Bénéficiez-vous d'une :

- Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) OUI NON
- Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) OUI NON
- Prestation de Compensation du Handicap (PCH) OUI NON
- Majoration Tierce Personne (MTP) OUI NON

Avez-vous une autre allocation ? OUI NON
Si oui, laquelle ?
Pour quel montant ?

NB : les personnes relevant de la caisse prévoyance SNCF peuvent bénéficier d'une aide aux frais d'hébergement.

PROCURATION

Une ou plusieurs personnes ont-elles procuration sur les comptes de la personne ?

Si oui, prière de noter le ou les noms
.....

FRAIS DE SEJOUR

La personne à accueillir est-elle en mesure de payer ses frais de séjour ?

- seule avec ses propres revenus ? OUI NON
- avec l'aide des obligés alimentaires ? OUI NON

Envisagez-vous de déposer une demande d'aide sociale OUI NON

(voir annexe 2 relative aux conséquences liées à l'admission à l'aide sociale)

SOUHAITS DIVERS

En cas d'hospitalisation, vers quel établissement souhaitez-vous être dirigé ?

.....

Kinésithérapeute

Pédicure

Coiffeur

Chambre souhaitée : individuelle double

Abonnement téléphonique : OUI NON

Courrier : remis au résident réexpédié avec accord du résident

DISPOSITIONS EN CAS DE DECES

Contrat obsèques OUI NON ou nom des Pompes Funèbres :

Don du corps à la science OUI NON

Renseignements complémentaires.....

.....



Date de la demande :

Signature du demandeur (à cocher)

- Si le signataire est la personne à accueillir

Signature :

- Si la personne à accueillir est dans l'impossibilité de signer

Nom du signataire :

Prénom du signataire :

Qualité du signataire :

Signature :

Annexe 1
(à remplir obligatoirement)

DECLARATION DES REVENUS DU MENAGE SUR L'HONNEUR

Les revenus du ménage, c'est-à-dire le revenu déclaré sur le dernier avis d'imposition de la personne et de son conjoint, concubin, partenaire de PACS sont :

- pensions, retraites, rentes
- revenus professionnels
- revenus de capitaux nets imposables
- revenus fonciers nets
- rentes viagères à titre onéreux nettes
- prélèvements libératoires.

Je soussigné :

NOM Prénom :

Adresse :

Agissant en qualité de représentant de la personne à accueillir :

M.....

Atteste sur l'honneur que le ménage dispose des revenus suivants :

| Nature des revenus | Nom de l'organisme payeur | Adresse de l'organisme payeur | Numéro affiliation | Montant du revenu en € | Périodicité (A-T-M)* |
|--------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* A : annuelle T : trimestrielle M : mensuelle

Revenu mensuel moyen :

Fait à, le

Signature :

NB : joindre impérativement le dernier avis d'imposition sur le revenu ainsi que les attestations des caisses de retraite.

Annexe 2

CONSEQUENCE LIEES A L'ADMISSION A L'AIDE SOCIALE

Les personnes sollicitant l'aide sociale sont informées que :

- I- a) le bénéfice de l'aide sociale est accordé seulement si les conditions légales d'attribution sont remplies
- b) l'aide sociale constitue une AVANCE dans la majorité des cas et ne peut être demandée qu'en cas d'insuffisance de ressources du requérant ou de sa famille.

II- L'attribution de l'aide sociale comporte les conséquences suivantes :

- a) L'obligation alimentaire
Toute demande d'aide sociale conduit à procéder à des enquêtes sur tous les débiteurs d'aliments. Ces personnes peuvent être des ascendants et descendants tenus légalement à apporter leur aide financière à leur parent, sollicitant une forme d'aide sociale. Le montant global de cette participation est fixé par la Commission d'Admission en fonction de leurs ressources.
- b) Fraudes ou fausses déclarations
Toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites judiciaires, conformément aux articles 150 et 405 du Code Pénal qui prévoit des peines d'emprisonnement et des amendes, et la mise en recouvrement envers la personne des sommes indûment perçues.
- c) Recours (Art.146 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale)
Des recours peuvent être exercés par les collectivités locales dans le cas où :
 - le demandeur de l'aide sociale aurait fait donation de ses biens postérieurement au dépôt de son dossier ou dans les dix ans qui l'ont précédé
 - le bénéficiaire de l'aide sociale voit sa situation pécuniaire s'améliorer. Le reversement des allocations précédemment allouées pourra être engagé.
- d) Succession
Des recours contre les successions des bénéficiaires de l'aide sociale sont exercés dans la limite de l'actif successoral pour permettre le recouvrement des avances consenties antérieurement.
- e) Hypothèques
Les immeubles appartenant au bénéficiaire de l'aide sociale peuvent être grevés d'une hypothèque légale, dont l'inscription sera prise par le Président du Conseil Général.

Le demandeur, soussigné, déclare avoir pris connaissance des conséquences ci-dessus mentionnées.

A..... le.....Signature

Désignation et Acceptation d'être la personne de confiance de :

M

Je soussigné(e).....Déclare sur l'honneur, que je désigne :

M.....Lien de Parenté

Coordonnées

Comme ma personne de Confiance, en application de la loi du 4 mars 2002.

Article L. 1111-6

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 - Journal Officiel du 5 mars 2002)

« Toute personne majeure peut désigner **une personne de confiance** qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.»

Je soussigné(e).....

Reconnaît avoir connaissance du choix de :

M.....

Lien de ParentéQui m'a désigné en tant que
personne de confiance et accepte cette responsabilité.

Fait à

Date et signature manuscrite du résident :

Date et signature de la personne de confiance :

Engagement à régler les frais de séjour

« Celui qui se rend caution d'une obligation, se soumet envers le créancier à satisfaire à cette obligation, si le débiteur n'y satisfait pas lui-même » (Article 2011 du Code Civil).

Je soussigné(e).....

Domicilié(e) à.....

Né(e) le à

Agissant pour le compte de

A titre de

Domicilié(e) à

Né(e) le

Après avoir pris connaissance du prix de journée dû au titre de l'hébergement, prends l'engagement de payer mensuellement et à terme échu, au Receveur du Trésor Public de Chalons, Banlieue Sud , 5 Rue Carnot, 51022 Chalons en Champagne, les frais de séjour.

Fait à le

Lu et Approuvé
(Mention manuscrite)

Signature :
(Nom, Prénom, Qualité)

Partie réservée à l'administration :

- Date de l'enregistrement du dossier :

- Décision :

Acte de cautionnement solidaire :
Articles 2011 à 2043 du Code Civil.

Etablissement : EHPAD DE SAINT GERMAIN LA VILLE

Caution signataire du présent engagement :

NOM et Prénom : _____

Domicile : _____

Date et Signature du contrat de séjour : _____

A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de : _____

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Général.

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 de l'usager/résident qui résultent du Contrat de séjour et des Conditions de séjour -règlement intérieur pour le paiement :

- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général,
- 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 dont j'ai reçu deux exemplaires :

-pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général 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 .

-pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles. "

Mention manuscrite de la caution :

Fait à _____, le _____

La caution

Signature précédée de la mention manuscrite :

"Lu et approuvé pour caution solidaire"

Le représentant de l'établissement

Signature précédée de la mention manuscrite :

"Lu et approuvé, bon pour acceptation"

Trousseau vestimentaire minimal du futur résident (femme)

Important : Marquer **tous les vêtements** aux nom et prénom du résident.
Utiliser **impérativement** des marques tissées. (les vêtements entretenus par l'établissement doivent supporter un lavage traditionnel en machine).

Les quantités ci-dessous ne sont données qu'à titre indicatif et doivent être ajusté aux besoins de la personne. Le trousseau doit être renouvelé régulièrement pour rester adapté à la personne (taille, état de santé) Il doit être complété d'une trousse de toilette et d'un petit sac de voyage léger en cas d'hospitalisation.

Par ailleurs, les **sous-vêtements "DAMART"**, les **pulls, gilets de laine** et **robes de chambre en laine des Pyrénées** sont **fortement déconseillés : ceux-ci étant trop fragiles à l'entretien**. L'établissement dégage toute responsabilité en cas de détérioration.

LINGE DE CORPS

- 4 combinaisons
- 6 chemises de corps coton
- 12 slips coton
- 3 soutiens-gorges (si besoin)

AUTRES

- 4 chemises de nuit ou pyjamas (amples)
- 6 mouchoirs
- 5 tenues (jupe, pantalon, chemise, robe) été et hiver
- mi-bas, collants ou bas à renouveler régulièrement
- 2 paires de pantoufles fermées
- 1 paire de chaussures
- 2 gilets
- 1 manteau, veste ou blouson
- 1 robe de chambre

ACCESSOIRES DE TOILETTE

merci de les renouveler régulièrement

- 1 peigne
- 1 brosse à cheveux
- Brosse à dent et dentifrice
- 1 gobelet
- 1 trousse de toilette
- Matériel pour entretien de l'appareil dentaire si nécessaire
- eau de toilette
- Produits de soins cutanés pour peau sèche (savon, crème hydratante,)
- Shampoing
- Spray nasal (type Sterimar...)
- Spray auriculaire (type Audispray...)

Trousseau vestimentaire minimal du futur résident (homme)

Important : Marquer **tous les vêtements** aux nom et prénom du résident.
Utiliser **impérativement** des marques tissées. (les vêtements entretenus par l'établissement doivent supporter un lavage traditionnel en machine).

Les quantités ci-dessous ne sont données qu'à titre indicatif et doivent être ajuster aux besoins de la personne. Le trousseau doit être renouvelé régulièrement pour rester adapté à la personne (taille, état de santé). Il doit être complété d'une trousse de toilette et d'un petit sac de voyage léger en cas d'hospitalisation.

Par ailleurs, les **sous-vêtements "DAMART"**, les **pulls, gilets de laine** et **robes de chambre en laine des Pyrénées** sont **fortement déconseillés : ceux-ci étant trop fragiles à l'entretien**. L'établissement dégage toute responsabilité en cas de détérioration.

LINGE DE CORPS

- 6 chemises de corps coton
- 12 slips coton

AUTRES

- 4 pyjamas
- 6 mouchoirs
- 5 tenues (pantalon, chemise, polo, pull-over) été et hiver
- 6 paires de chaussettes
- 2 paires de pantoufles fermées
- 1 paire de chaussure
- 2 gilets
- 1 manteau, veste ou blouson
- 1 robe de chambre

ACCESSOIRES DE TOILETTE

merci de les renouveler régulièrement

- 1 peigne
- 1 brosse à cheveux
- Brosse à dent et dentifrice
- 1 gobelet
- Matériel pour entretien de l'appareil dentaire si nécessaire
- eau de toilette
- Produits de soins cutanés pour peau sèche (savon, crème hydratante,)
- Shampoing
- Spray nasal (type Sterimar...)
- Spray auriculaire (type Audispray...)

Exercice du droit de vote

- Je suis inscrit(e) sur les listes électorales de la commune de
.....
et souhaite continuer à exercer mon droit de vote dans cette commune.
↳ *Dans ce cas, le déplacement doit être assuré par les proches.*
- Je souhaite continuer à voter dans ma commune d'origine mais je demande
qu'une procuration soit établie au nom de
.....
..... (personne qui doit voter obligatoirement dans la
même commune).
- Je souhaite être inscrit(e) sur les listes électorales de St Germain La Ville.
- Je ne souhaite pas exercer mon droit de vote.

Le

Nom – Prénom :

.....

Signature :

NB : la procuration sera rédigée par la gendarmerie du secteur de la Maison de Retraite sur demande.



51 240 SAINT GERMAIN LA VILLE
TEL : 03.26.67.52.69 – FAX / 03.26.64.11.45
e-mail : mrsaintgermainlaville@wanadoo.fr
<http://www.maison-retraite-st-germain-la-ville.org/>

Annexe n°8

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des activités organisées par la structure nous sommes amenés à réaliser des photos ou vidéos souvenir qui servent de supports aux échanges ultérieurs avec les participants ainsi qu'à la valorisation de notre démarche d'accompagnement. L'autorisation ci dessous nous est nécessaire pour l'utilisation dans un contexte professionnel de ses documents.

Je soussigné :

Nom : Prénom :

Donne mon autorisation pour que :

•Moi-même - mon père – ma mère*,

soit photographié(e) ou filmé(e) lors de sa participation
aux manifestations organisées par le **LA RESIDENCE DU PARC A SAINT GERMAIN LA VILLE**

•que mon / son* image soit reproduite sur support papier dans le cadre de l'établissement de tout document d'information élaboré par le phare ou les institutions partenaires.

•que mon / son* image soit conservée sur CD Rom et utilisée pendant une durée illimitée, uniquement dans un but d'information sur les activités de la structure au profit des usagers

Je renonce par la présente à solliciter une quelconque compensation à quelque titre que ce soit pour la participation à la prise de vue et à sa diffusion.

Fait à
Le

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Le résident ou son représentant légal

*** Rayer les mentions inutiles**



51 240 SAINT GERMAIN LA VILLE
TEL : 03.26.67.52.69 – FAX / 03.26.64.11.45
e-mail : mrsaintgermainlaville@wanadoo.fr
<http://www.maison-retraite-st-germain-la-ville.org/>

Annexe n°9

***** ATTESTATION*****

Je soussigné(e), Madame/Monsieur.....

Demeurant à :

Atteste sur l'honneur que Madame/Monsieur

ne possède(nt) pas d'Assurance Vie*.

ne paie(nt) pas de taxe foncière* (absence de biens immobiliers).

Fait à :
Le
Signature

*Cochez la/les case(s) correspondante(s)

Note d'information relative à la Charte de bonne conduite
(annexe n°10 ci-jointe)

Vous sollicitez, pour un proche ou pour vous-même, votre admission à la Résidence du Parc. Cette décision implique l'adhésion à la **Charte de Bonne Conduite** élaborée par l'établissement.

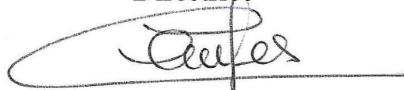
Certains comportements au sein de l'établissement ne sont pas acceptables (intolérance, impolitesse...) qu'ils soient le fait de résidents ou de visiteurs.

S'il est vrai que les pathologies peuvent parfois expliquer des comportements agressifs ou irrespectueux ce n'est pas toujours le cas. Certains agissements ne sont pas le fruit d'une pathologie mais plus d'un manque de tolérance ou de savoir-vivre.

Nous demandons aux personnes qui font une demande d'entrée en établissement et qui sont en capacité de le faire, de signer la Charte de Bonne Conduite ci-jointe. Elle sera annexée au dossier d'admission. Pour ceux qui sont dans l'incapacité de signer ce document, il appartient aux familles de prendre connaissance de la Charte, de la signer et nous interroger si besoin sur les conséquences de son non respect.

Si nous reconnaissons à chacun le respect de ses droits, de ses choix et opinions, cela implique que nous lui laissons la responsabilité de ses actes et de ses propos. La vie en collectivité exige de chacun des efforts pour supporter les autres avec ses difficultés, ses troubles...

F. DESIMPEL
Directrice





51 240 SAINT GERMAIN LA VILLE
TEL : 03.26.67.52.69 – FAX / 03.26.64.11.45
e-mail : mrsaintgermainlaville@wanadoo.fr
<http://www.maison-retraite-st-germain-la-ville.org/>

Annexe n°10

Charte de bonne conduite **à l'usage des résidents de la Résidence du Parc**

La Résidence du Parc est un établissement pour personnes âgées dépendantes qui sont susceptibles d'être atteintes de pathologies qui entraînent des troubles du comportement, des handicaps physiques sévères.

Quel que soit son état, chaque résident a droit au respect et à la bienveillance de tous.

En conséquence, en décidant de venir vivre dans cet établissement où je serais moi aussi respecté, je m'engage à respecter les règles suivantes :

- Je n'insulte ni les autres résidents ni le personnel.
- Je ne frappe pas les autres résidents même si leur comportement me dérange.
- Je ne me moque pas de mes voisins quel que soit leur état.
- Je ne critique pas les attitudes des autres même quand je ne les approuve pas.
- Je reste courtois avec tout le monde.
- Je ne bouscule personne.
- Je ne fais pas de remarques racistes.
- Je laisse chacun profiter des activités proposées, à son rythme.
- Je ne crie pas dans les couloirs.
- Je ne suis pas seul(e) à avoir besoin de l'aide des professionnels et donc j'attends patiemment mon tour.

Signature :