

**TARIFS PREVISIONNELS APPLICABLES
AU 1er janvier 2006***

	Hébergement	Dépendance	TOTAL	<i>APA à déduire (versé sur le compte du résident)</i>
GIR 1/2	38.75 €	17.05 €	55.80 €	12.46 €
GIR 3/4	38.75 €	10.82 €	49.57 €	6.23 €
GIR 5/6	38.75 €	4.59 €	43.34 €	

*sous réserve de validation par le Conseil Général de la Marne

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 ?

Si non, pourquoi :

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

consentante à cette démarche d'hébergement ? OUI ? NON ?

Fait à,, le

Signature manuscrite :

Renseignements préalables à l'admission :

(à remplir par l'intéressé(e) ou sa famille)

Nom : **Nom de jeune fille :**

Prénoms :

Date de Naissance : |__| |__| |__|

Lieu de Naissance :

Nationalité :

Religion :

Situation de famille :

? - Marié(e)

? - Vie maritale

? - Veuf(ve)

? - Divorcé(e)


? - Célibataire

? - Séparé(e)

Nombre d'Enfants : |__|

Dont vivants au jour de la demande : |__|

Coordonnées des Enfants : (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone)

..... 

..... 

adresse e-mail :

..... 

..... 

adresse e-mail :

..... 

..... 

adresse e-mail :

..... 

..... 

adresse e-mail :

..... 

..... 

adresse e-mail :

..... 

..... 

adresse e-mail :

..... 

..... 

adresse e-mail :

.....
.....

Domicile d'origine : (adresse précédent l'entrée dans l'établissement, si vous étiez dans un établissement de soins ou d'hébergement, indiquez également l'adresse précédente)

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

Coordonnées de la Personne à contacter pour l'admission : (nom, adresse, numéro de téléphone)

.....
.....

Adresse et Numéro(s) de Téléphone auxquels il est possible de vous joindre actuellement :

.....
.....

Nom et Coordonnées du Médecin Traitant :

.....
.....

Nom et Adresse de la Caisse Gestionnaire d'Assurance Maladie :

.....

Numéro de Sécurité Sociale : | _____ | | ____ |

Nom et Adresse de la Mutuelle Complémentaire :

.....

Numéro de Mutuelle : | _____ |

Ancienne situation professionnelle :

Ancien Combattant :

NON ? OUI ?

Si Oui, fournir la pièce justificative.

Victime de Guerre :

NON ? OUI ?

Si Oui, fournir la pièce justificative.

Retraites-Pensions : (intitulés des organismes, montant mensuel/annuel, numéros des pensions)

.....
.....
.....
.....
Retraites complémentaires (intitulés des organismes, montant mensuel/annuel, numéros des pensions).....
.....
.....

Patrimoine, Foncier, Epargne, Divers : (à préciser)
.....
.....
.....

L'intéressé(e) fait –il (elle) l'objet d'une mesure de protection juridique :

NON ?	OUI ?
Si Oui,	Tutelle ?
	Curatelle ?
	Sauvegarde de justice ?

Coordonnées du Mandataire : (nom, prénom, numéro de téléphone)
.....
.....

L'intéressé(e) est-il (elle) bénéficiaire de :

Allocation logement : NON ? OUI ?
Si Oui, N° d'allocataire : _____
Allocation APA : NON ? OUI ?
Si Oui, N° de dossier : _____, Taux : _____
Adresse :

Une demande d'Aide Sociale devra-t-elle être déposée pour la prise en charge des frais d'hébergement ? (le bénéfice de l'Aide Sociale est subordonné à l'insuffisance de ressources du requérant ou de ses obligés alimentaires)

NON ? OUI ?

En cas de ressources insuffisantes et en l'absence de demande d'aide sociale, les obligés alimentaires devront s'engager à acquitter les frais de séjour. En cas de désaccord, le juge aux affaires familiales sera saisi. La facturation sera adressée à la personne désignée ci-dessous.
.....
.....

Je soussigné(e).....

demande mon admission à la Maison de Retraite de Saint Germain la Ville, et certifie exacts les renseignements figurants ci-dessus.

Le :

Signature(s) :

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).....

Reconnait avoir connaissance du choix de :

M.....

*Lien de Parenté Qui 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 :

Conséquences de l'admission à l'Aide Sociale

Les personnes qui sollicitent l'Aide Sociale sont informées que :

Le bénéfice de l'Aide Sociale n'est pas un droit, il ne peut être demandé qu'en cas d'insuffisance de ressources du requérant ou de ses obligés alimentaires.

L'octroi de l'Aide sociale comporte les conséquences suivantes :

& Obligations alimentaires : Toute demande conduit obligatoirement l'Administration à procéder à des enquêtes sur les descendants et les ascendants du requérant tels qu'ils sont décrits aux articles 205 et suivants du Code Civil (époux entre eux, enfants et conjoints vis-à-vis de leurs parents et beaux parents et réciproquement, petits enfants vis-à-vis des grands parents et réciproquement), pour déterminer le montant de leur participation éventuelle. L'Aide Sociale ayant un caractère subsidiaire n'intervient qu'à défaut de la contribution des débiteurs d'aliments.

& Bénéficiaires revenus à meilleure fortune : Des recours sont exercés contre les bénéficiaires de l'Aide Sociale dont la situation pécuniaire vient de s'améliorer et le remboursement des prestations servies peut être décidé par la Commission d'Aide Sociale conformément à l'article 146 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale.

& Donation de biens mobiliers : Un droit de recours est exercé à l'encontre du donataire lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'Aide Sociale ou dans les dix années qui l'ont précédée.

& Succession : Un recours est exercé sur la partie nette de l'actif successoral dans la limite des prestations allouées au bénéficiaire.

& Légataires : Un recours contre les légataires à titre particuliers ou universels est exercé qu'ils fassent partie ou non de la succession à hauteur des biens légués au jour de l'ouverture de la succession et dans la limite des prestations servies au bénéficiaire.

& Hypothèques légales : En garantie des recours ci-dessus indiqués, les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'Aide Sociale peuvent être grevés à la diligence de l'Administration d'une hypothèque légale.

& Fraudes ou fausses déclarations : Toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites judiciaires, l'application des peines prévues par l'article 405 du Code Pénal est le recouvrement des prestations indûment perçues.

& Dépôt : Avant leur entrée en Maison de Retraite, les personnes sollicitant l'Aide Sociale doivent déposer tous leurs titres de pensions, livret(s) de Caisse d'Épargne, justificatifs de placements mobiliers ou de vente immobilière.

Pris connaissance à, le

Le postulant,

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, bon pour acceptation"

Le représentant de l'établissement

Signature précédée de la mention manuscrite :

Renseignements médicaux :

(à remplir par le praticien hospitalier ou le médecin traitant)

Nom : **Prénoms** :

Date de Naissance : |___| |___| |_____|

Pathologies actuelles et problèmes éventuels ayant entraîné la demande de placement :

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

Prise en charge à 100% : OUI ? NON ?

ALD :

Traitement actuellement en cours :

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

Intolérances médicamenteuses :.....

.....

Allergies :.....

Résultats des principaux **examens complémentaires** :

Biologiques :

.....

Radiologiques :

.....

Scanner et IRM :

.....

Examens en attente ou à prévoir :

.....

Vaccinations :

Tétanos OUI ? Date : NON ?

Grippe OUI ? Date : NON ?

Pneumocoque OUI ? Date : NON ?

Antécédents :

✍ Médicaux :

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

✍ Chirurgicaux :

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

✍ Psychiatriques éventuels :

.....
.....

✍ Neurologiques éventuels :

.....
.....

✍ Nombre d'hospitalisations (durée approximative, motif) :

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

✍ Conditions de vie durant les 5 dernières années :

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

✍ Antécédents personnels et facteurs de risque:

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

✍ Antécédents familiaux:

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

Identification des personnes à prévenir.

Souhaitez vous être prévenus lors de l'hospitalisation de votre parent durant :

-la journée : OUI ? NON ?

-la nuit : OUI ? NON ?

Centre hospitalier choisi :

Souhaitez vous être prévenus de la dégradation de l'état de santé de votre parent :

-la journée : OUI ? NON ?

-la nuit : OUI ? NON ?

Coordonnées de la personne à prévenir (qui se chargera de prévenir les autres proches du résident) lors de ces évènements :

.....
.....

Si plusieurs personnes sont à prévenir par nos soins (mésentente familiale par exemple...) :

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

Coordonnées des spécialistes consultés :

ORL :

Ophtalmologue :

Cardiologue :

Neurologue :

Autres à préciser :

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

Fiche médicale à remplir par le Médecin Traitant ou le Service Demandeur

NOM :
Né(e) le :

PRENOM :
POIDS :

RESIDENCE ACTUELLE

- 0 - DOMICILE
- 1 - MAISON DE RETRAITE
- 2 - SERVICE HOSPITALIER ACTIF
- 3 - SOINS DE SUITE / MOYEN SEJOUR.

ENTOURAGE

- 0 - CONJOINT VIVANT : OUI / NON
- 1 - CONJOINT AIDANT : OUI / NON
- 2 - NOMBRE D ENFANTS :

COHERENCE

- 0 - COHERENT
- 1 - PARTIELLEMENT COHERENT
- 2 - PAR INTERMITTENCE
- 3 - INCOHERENT / INDETERMINABLE

COMMUNICATION

- 0 - LE FAIT AISEMENT
- 1 - LE FAIT AVEC DIFFICULTES
- 2 - PEU DE COMMUNICATION
- 3 - NE FAIT RIEN

ORIENTATION TEMPORO SPATIALE

- 0 - BIEN ORIENTE
- 1 - DESORIENTE PARTIELLEMENT
- 2 - PAR INTERMITTENCE
- 3 - DESORIENTE / INDETERMINABLE

HUMEUR

- 0 - NORMALE
- 1 - ANXIETE / APATHIE
- 2 - TRISTESSE
- 3 - DEPRESSION

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- 0 - AUCUN PROBLEME
- 1 - DEAMBULATION
- 2 - AGRESSIVITE
- 3 - DELIRE / CRIS
- 4 - AUTRES (ALIMENTATION, SOMMEIL, FUGUE, etc...)

MANIPULATION DES OBJETS USUELS

- 0 - AUCUN PROBLEME
- 1 - EN MANIPULE AISEMENT
- 2 - EN MANIPULE AVEC DIFFICULTE
- 3 - NE MANIPULE RIEN

VALIDITE GENERALE

- 0 - VALIDE
- 1 - AIDE AU LEVER
- 2 - SE DEPLACE AVEC DIFFICULTES
- 3 - AUCUN DEPLACEMENT

AIDE A LA VALIDITE

- 0 - AUCUNE AIDE
- 1 - MARCHE AVEC CANNE(S)
- 2 - DEAMBULATEUR
- 3 - ACCOMPAGNANT OBLIGATOIRE
- 4 - FAUTEUIL ROULANT UNIQUEMENT

VISION

- 0 - VOIT BIEN
- 1 - LUNETES
- 2 - MAL VOYANT
- 3 - NON VOYANT/INDETERMINABLE

ALIMENTATION

- 0 - PAS DE REGIME
- 1 - SANS SEL SIMPLE
- 2 - REGIME PARTICULIER
- 3 - PLUS DE 3 REPAS

AUDITION

- 0 - ENTEND BIEN
- 1 - APPAREILLAGE
- 2 - ENTEND AVEC DIFFICULTES
- 3 - NON ENTENDANT/INDETERMINABLE

TYPE D'ALIMENTATION

- 0 - NORMAL (y compris hachée)
- 1 - MIXE
- 2 - SONDE
- 3 - PERFUSION

PAROLE

- 0 - PARLE NORMALEMENT
- 1 - DISCRETE GENE
- 2 - PARLE AVEC DES DIFFICULTES
- 3 - NE PARLE PAS / INCOMPREHENSIBLE

FACILITE D'ALIMENTATION

- 0 - MANGE SANS AIDE
- 1 - AIDE PARTIELLE
- 2 - PREPARATION DU PLATEAU
- 3 - AIDE TOTALE

HYGIENE

- 0 - LE FAIT SEUL
- 1 - A INSTALLER OU A SUPERVISER
- 2 - TOILETTE PARTIELLE
- 3 - TOILETTE COMPLETE

CONTINENCE URINAIRE

- 0 - CONTINENCE PERMANENTE
- 1 - INCONTINENCE INTERMITTENTE
- 2 - SONDE URINAIRE
- 3 - INCONTINENCE PERMANENTE

HABILLEMENT

- 0 - LE FAIT SEUL
- 1 - A SUPERVISER
- 2 - AIDE PARTIELLE / INTERMITTENTE
- 3 - NE LE FAIT PAS

CONTINENCE ANALE

- 0 - CONTINENCE PERMANENTE
- 1 - INCONTINENCE INTERMITTENTE
- 2 - STOMIE
- 3 - INCONTINENCE PERMANENTE

SOINS INFIRMIERS

- 0 - SURVEILLANCE
- 1 - UNE OU PLUSIEURS FOIS / SEMAINE
- 2 - QUOTIDIENS
- 3 - PLURIQUOTIDIENS

KINESITHERAPIE

- 0 - AUCUNE
- 1 - ENTRETIEN
- 2 - PASSIVE AU LIT
- 3 - INTENSIVE

ESCARRES

- 0 - PAS DE PREVENTION
- 1 - PREVENTION
- 2 - INFERIEUR A 5 CM²
- 3 - SUPERIEUR A 5 CM²

COMMENTAIRES :

QUESTIONNAIRE REMPLI PAR :

LE : _____, A : _____

CACHET :

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 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

- ✂ 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

LINGE DE TOILETTE

- ✂ 2 draps de bain (grands)
- ✂ 1 peignoir de bain

ACCESSOIRES DE TOILETTE

- ✂ 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

Ces accessoires et produits doivent être renouvelés régulièrement.

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

LINGE DE TOILETTE

- ✂ 2 draps de bain (grands)
- ✂ 1 peignoir de bain

ACCESSOIRES DE TOILETTE

- ✂ 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

Ces accessoires et produits doivent être renouvelés régulièrement.