

Madame, Monsieur,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les pièces nécessaires à l'instruction de votre dossier :

Les pièces administratives à fournir sont les suivantes :

- ☒ Pièce d'identité (carte d'identité ou passeport ou permis de conduire...)
- ☒ Livret de famille complet
- ☒ Copie de la notification de la carte vitale
- ☒ Copie de la carte de mutuelle
- ☒ Attestation de responsabilité civile

Les pièces administratives utiles à l'instruction du dossier APA :

- ☒ Avis d'imposition ou de non-imposition recto verso signé
- ☒ Taxe(s) foncière(s) recto verso
- ☒ Photocopie des récents relevés d'assurance(s) vie au 31/12 de l'année précédente
- ☒ Copie des relevés de compte des 3 derniers mois
- ☒ Copie de l'avis des sommes à déclarer aux impôts pour chaque Caisse de Retraite (<https://www.info-retraite.fr>)

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

- ☒ L'allocation logement
- ☒ L'aide sociale
- ☒ L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

Joindre également, le cas échéant :

- ☒ Copie du protocole d'accord de prise en charge à 100%
- ☒ 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

Le jour de l'entrée, il vous faudra apporter la carte vitale, la carte mutuelle et le chèque de caution équivalente à 30 jours de frais de séjour soit 2 632,50 €.

IMPORTANT

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

Préalablement à toute admission, une fois le dossier déposé sur via trajectoire et validé par l'établissement, 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.

Directrice
V. MAGNIN

ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR

PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOSSIER ADMINISTRATIF D'INSCRIPTION

NOM :

Prénom :

ETABLISSEMENTS SOUHAITES par ordre de préférence

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

HEBERGEMENT TEMPORAIRE

☐

HEBERGEMENT DEFINITIF

☐

Indiquez le nom du médecin traitant

➤ *Le dossier administratif est à compléter dans les meilleurs délais
afin de faciliter son enregistrement au cas où une admission serait proposée.*

Date de dépôt du dossier dans l'établissement :

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 : .../.../.....

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 :

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

NOM	Prénom	Adresse + Email	Téléphones	Lien de parenté

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.....

ALLOCATIONS

Bénéficiez-vous d'une allocation logement ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, quel est le montant ?

Si non, souhaitez-vous faire une demande ?

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.

Divers :

Etes-vous ancien combattant ? OUI ☐ NON ☐

Etes-vous veuve de guerre ? OUI ☐ NON ☐

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 ☐

PROCURATION

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

Si oui, prière de noter le ou les noms

.....

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

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

SOUHAITS DIVERS

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

.....

Kinésithérapeute ☐

Pédicure ☐

Coiffeur ☐

Chambre souhaitée : individuelle ☐ double ☐

Courrier : remis au résident ☐ Conserver au secrétariat ☐

Exercice du droit de vote : OUI ☐ NON ☐

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 :

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.

Formulaire de désignation de la personne de confiance
mentionnée à l'article L. 311-5- du code de l'action sociale et des
familles

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Désigne

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe professionnel / portable : _____

E-mail : _____

comme personne de confiance en application de l'[article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles](#).

Fait à _____, le _____

Signature

Co-signature de la personne de confiance

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#), selon les modalités précisées par le même code : oui ☐ non ☐

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'[article L. 1111-11 du code de la santé publique](#), si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui ☐ non ☐

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui ☐ non ☐

Fait à _____, le _____

Signature

Co-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).

Recopier la mention suivante de façon manuscrite suivante :

« Je soussigné(e) (nom et prénom du signataire) demeurant à (adresse de la personne signataire), après avoir pris connaissance des tarifs journaliers ci-dessous, susceptibles d'être facturés en fonction du GIR et de mon domicile de secours, m'engage à régler les frais de séjour à compter de la date d'entrée le (la date sera indiquée à l'entrée) et ce pour toute la durée de mon hébergement »

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A St Germain la ville, le

Signature :

TARIFS EHPAD RESIDENCE DU PARC

Selon arrêté de tarification du Conseil Départemental de la Marne
en date du 1^{er} mars 2026

	Hébergement	Dépendance	TOTAL	APA à déduire (versée directement à l'ets*)
GIR 1/2	81,39 €	23,64 €	105,03 €	17,28 €
GIR 3/4	81,39 €	15,00 €	96,39 €	8,64 €
GIR 5/6	81,39 €	6,36 €	87,75 €	

* pour les résidents dont le domicile de secours est la Marne.

Acte de cautionnement solidaire :

Article 2098 du Code Civil

Etablissement : EHPAD DE SAINT GERMAIN LA VILLE

Caution signataire du présent engagement pour M/Mme (indiquez les noms/prénoms du futur résident) : _____

NOM et Prénom : _____

Domicile : _____

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 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'A.P.A.

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

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

« Lu et approuvé, bon pour acceptation »



51 240 SAINT GERMAIN LA VILLE
TEL : 03.26.67.52.69 – FAX / 03.26.64.11.45
e-mail : secretariat@residenceduparc51.fr
<http://www.maison-retraite-st-germain-la-ville.org/>

*** ATTESTATION ***

Ces documents nous servent à déterminer la participation aux frais de dépendance dans le cadre de l'APA à la demande du Conseil Départemental de la Marne qui procède au contrôle des dossiers tous les ans.

Je soussigné(e), Madame/Monsieur.....

Demeurant à :

Atteste sur l'honneur que Madame / Monsieur.....

Possède(nt) une ou des Assurances Vie* (si oui, merci de fournir des copies) oui ☐ non ☐

Paie(nt) une ou des taxes foncières* (merci de fournir une copie du document) oui ☐ non ☐

Fait à :
Le
Signature

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

OPTION A.P.A./ A.C.T.P./ P.C.H.

Je soussigné(e)
NOM Prénom
Date de naissance
Date d'entrée

Etablissement

| situation avant l'entrée en établissement | cocher la case correspondante |
|---|-------------------------------|
| Bénéficiaire de l'APA à domicile | |
| Bénéficiaire de la Majoration Tierce Personne (MTP) | |
| Bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) | |
| Bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) | |

| | option choisie lors de votre entrée | cocher la case correspondante | conséquences |
|-------|-------------------------------------|-------------------------------|--|
| ACTP* | je souhaite conserver | | le tarif hébergement + l'intégralité du tarif dépendance me seront facturés.
En cas de changement de situation une nouvelle option me sera proposée. |
| | je ne souhaite pas conserver | | le tarif hébergement + le tarif dépendance GIR 5/6 éventuellement majoré, me seront facturés.
Je perds l'intégralité de mes droits acquis au titre de l'ACTP et toute possibilité de retour à ce régime. |
| | je souhaite conserver | | le tarif hébergement + l'intégralité du tarif dépendance me seront facturés. Réduction de 90% (aide humaine) dans la limite des plafonds mini et maxi (arrêté ministériel du 19/02/2007) après un délai de 45 ou 60 jours. |
| PCH | je ne souhaite pas conserver | | le tarif hébergement + le tarif dépendance GIR 5/6 éventuellement majoré, me seront facturés.
Je perds tous les bénéfices liés à cette prestation. |

*ATTENTION: en cas d'accord d'Aide Sociale à l'Hébergement (A.S.H.), votre A.C.T.P. sera réduite de 90 % à compter de la date de la prise en charge.

fait à
Le
signature

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

L'autorisation ci-dessous est nécessaire pour l'utilisation de ses images.

Concernant la **prise de photographies** et leur conservation dans le cadre des **activités quotidiennes, des animations et des sorties** organisées par l'établissement :

- ☐ autorise
- ☐ n'autorise pas

- exposition de photographies au sein de l'établissement et autre lieu extérieur,
- intégration de photographies sur des supports écrits et sur le site **internet de l'établissement,**
- diffusion dans le cadre des articles transmis à la presse locale.
 - ☐ autorise
 - ☐ n'autorise pas
- diffusion d'articles sur les réseaux sociaux
 - ☐ autorise
 - ☐ n'autorise pas

La présente autorisation de droit à l'image est donnée par le résident, ou son représentant, sans limitation de durée. Toutefois, le résident ou son représentant dispose d'une faculté de rétractation à tout moment sur simple demande écrite auprès de la Direction de l'établissement.

13



Exemplaire à transmettre au secrétariat de l'EHPAD dans les 1ers jours de l'entrée. Merci

NOTE A L'ATTENTION DES FAMILLES / RESIDENTS

Objet:

Rappel de la prise en charge des dépenses de soins par l'établissement.

Madame, Monsieur,

Je vous rappelle que depuis le 1er janvier 2011, l'établissement est soumis au tarif global en ce qui concerne les soins. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie nous verse une dotation avec laquelle nous devons rémunérer le médecin coordonnateur, les infirmières, les auxiliaires médicaux salariés de l'établissement mais aussi les interventions des médecins généralistes libéraux, les auxiliaires médicaux libéraux, les examens de biologie courants ainsi que les examens radiologiques ne nécessitant pas le recours à un matériel lourd (sont exclus du dispositif : scanner, IRM et PetScan), le matériel médical (fauteuil roulant, matelas anti-escarres, lève malade...) susceptible d'améliorer le confort du résident et de faciliter les soins que son état peut requérir en fait partie.

C'est pourquoi, je vous demande, dès le jour de l'admission, de ne plus solliciter de prise en charge auprès de la caisse d'assurance maladie de votre parent pour :

- des visites auprès du médecin généraliste (qui établira une note d'honoraires au nom de l'EHPAD),
- du matériel complémentaire (lit, matelas, fauteuil...)

Et de bien vouloir mettre fin à toutes les locations de matériel qui pourraient avoir été prescrites dans le cadre du maintien à domicile.

C'est donc le budget de l'établissement qui supporte une grande partie des dépenses de soins. Compte tenu de la complexité du dispositif, je vous invite, avant toute consultation à l'extérieur de l'établissement ou tout examen médical, de vérifier auprès du secrétariat de l'EHPAD s'ils sont pris en charge par l'assurance maladie ou par le budget de l'établissement.

En cas de non-respect de cette obligation, les frais seront à la charge du résident exclusivement.

Je soussigné Mme/M certifie avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus le/...../..... et que Mme/M n'a aucune location de matériel médical en cours à domicile à sa date d'entrée à l'EHPAD.

Signature :



GESTION & COMMUNICATION DU DOSSIER ET DES INFORMATIONS PERSONNELLES

(Art. L 1110-4 et L 1110-12 du CASF et Art L 1111-7 du code de la Santé Publique)

Je soussigné(e)

né(e) leà

Admis(e) à le Résidence du Parc de Saint Germain la Ville le autorise le partage des informations au sein de l'établissement.

1. *Art.L 1110-4 du CASF* « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article [L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant ».

Art L 1110-12 du code de la Santé Publique « l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes ».

Art. L 1111-7 du code de la Santé Publique « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé ».

2. Autorise l'établissement à communiquer :

- Les informations administratives me concernant OUI ☐ NON ☐
- Les informations médicales me concernant OUI ☐ NON ☐

Et je souhaite que ces informations puissent être communiquées à

☐ Ma personne de confiance :

☐ Mon référent familial :

Je reconnais également que j'ai la possibilité de consulter moi-même mon dossier et les informations qu'il contient après en avoir fait la demande écrite à la direction de l'établissement.

Si la demande concerne mon dossier médical, la demande sera transmise à mon médecin traitant qui sera chargé d'y donner suite en s'assurant de la bonne compréhension des éléments communiqués.

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de revenir sur cette décision à tout moment.

Fait à Saint Germain la Ville le/...../.....

Le Résident

TROUSSEAU VESTIMENTAIRE MINIMAL DU FUTUR RESIDENT

IMPORTANT : Les vêtements seront marqués aux nom et prénom du résident de l'établissement.

Les quantités ci-dessous ne sont données qu'à titre indicatif et doivent être ajustées 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 vêtements entretenus par l'établissement doivent pouvoir supporter un lavage industriel.

Il est fortement déconseillé de confier la prise en charge des vêtements fragiles (pure laine, soie, Damart, etc....), le nettoyage à sec n'étant pas possible, l'établissement ne pourra être tenu responsable de toute dégradation pour ce type de vêtement.

Faute de vêtements marqués en quantité suffisante, il est possible que les aides-soignantes habillent le résident avec des vêtements mis à la disposition du service, le temps que vous ameniez les vêtements et qu'ils soient marqués.

| Type de vêtements | Trousseau institution |
|--|-----------------------|
| Chemises et/ou maillots de corps | 10 |
| Slips | 12 |
| Soutien-gorge | 5 |
| Jupes | 10 |
| Robes | |
| Pantalons | |
| Chemises ou chemisiers / tee-shirts | 10 |
| Pulls / sweats | 10 |
| Gilets | |
| Chemises de nuit | 6 |
| Pyjamas (haut et bas) | |
| Robe de chambre / peignoir | 2 |
| Collants | Selon besoin |
| Bas de contention | Selon prescription |
| Paires de Chaussettes | 10 |
| Paires de Chaussons / pantoufles | 2 |
| Manteau / veste / blouson | 1 |
| Paires de Chaussures | 1 |
| Mouchoirs tissus (non recommandé) | Selon besoin |
| Paquets de Mouchoirs JETABLES - RECOMMANDE | Selon besoin |

| Type de produits | Trousseau institution |
|------------------------------------|-----------------------|
| Peigne / brosse à cheveux | 1 |
| Brosse à dent, dentifrice, gobelet | 1 kit |
| Mousse à raser | 1 |
| Rasoir (électrique ou à main) | 1 |
| Eau de toilette / parfum | 1 |
| Sèche-cheveux | 1 |
| Shampooing | 1 |
| Gel douche | 1 |
| Crème pour le visage / corps | Selon besoin |
| Lingettes pour appareil auditif | Selon besoin |
| Trousse de toilette / vanity | 1 |
| Sac de voyage | 1 |

LE LINGE ET LES PRODUITS DE TOILETTE DOIVENT ETRE RENOUVELES AUTANT QUE NECESSAIRE ET SELON LES BESOINS.

TOUT VETEMENT APPORTE EN COMPLEMENT DU TROUSSEAU INITIAL DOIT IMPERATIVEMENT ETRE DEPOSE AU BUREAU DES INFIRMIERES DE L'UNITE DU RESIDENT (SAC étiqueté au nom du résident)

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 :

.....

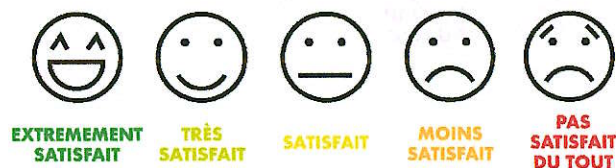
Signature :

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



Votre parent Mme / M. a été admis le à la Résidence du Parc.
 Merci de nous faire part de vos impressions en répondant aux questions suivantes (entourez la réponse choisie) :

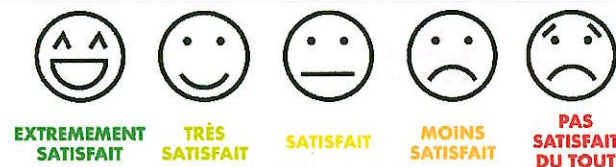
Qualité de l'accueil administrative :



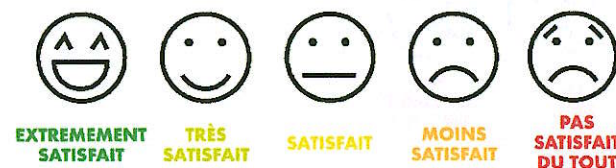
Propreté de la chambre au moment de votre arrivée :



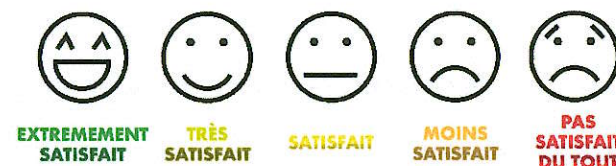
Présentation des professionnels :



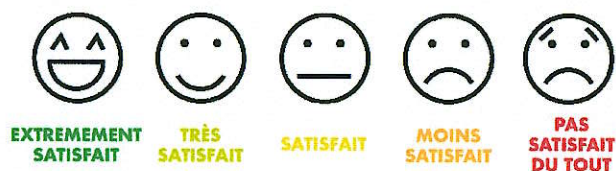
Durée des démarches d'installation :



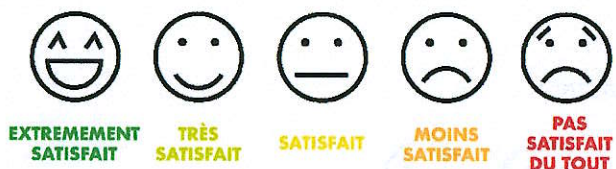
Après 1 mois, comment trouvez-vous globalement l'accompagnement proposé à votre parent ou à vous même :



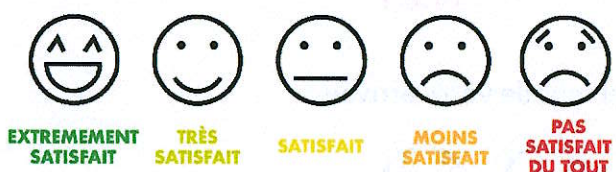
Après 1 mois, comment évaluez-vous l'accompagnement médical et infirmier :



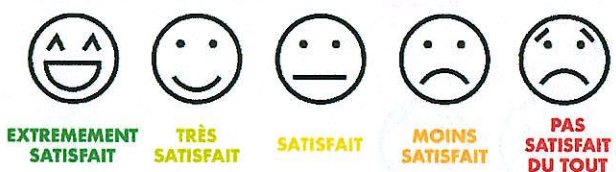
Qualité du matériel et mobilier mis à disposition :



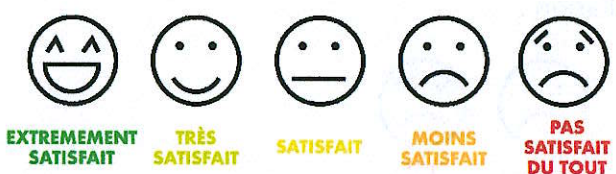
Qualité des repas :



Qualité des activités :



Qualité de l'accompagnement dans les formalités administratives
liées à votre installation :



Observations particulières afin de nous aider à corriger nos faiblesses :

.....

.....

Ce questionnaire servira à améliorer la qualité de notre travail, merci d'y avoir consacré de
votre temps.

La Directrice,
V. MAGNIN



51 240 SAINT GERMAIN LA VILLE
TEL : 03.26.67.52.69 – FAX / 03.26.64.11.45
E-mail : secretariat@residenceduparc51.fr
<http://www.maison-retraite-st-germain-la-ville.fr>

ACCUSE DE RECEPTION

Je soussigné :

Nom :

Prénom :

☐ En ma qualité de résident de la Maison de Retraite

☐ En ma qualité de représentant légal de :

..... ,

Déclare avoir reçu le règlement de fonctionnement et la Charte Humanité de la Maison de Retraite de St Germain la Ville et en avoir accepté les termes ce jour ainsi

Fait à

Le

Le résident ou son représentant légal

(Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)



Madame, monsieur,

L'EPHAD de st germain la ville est bien connue pour ses qualités de soins, d'accueil, et de prise en charge des résidents

Pour ceux qui ont connu par le biais d'un aîné ou d'un membre de votre famille, nous souhaiterions encore améliorer la partie animation qui n'est pas dotée dans le budget général.

Pour ce faire, nous avons créé une association qui peut recevoir des fonds et/ou, des adhésions volontaires de **15 euros par an** et en retour vous pourrez bénéficier d'une attestation de don déductible de vos impôts.

Cette association a pour but d'acheter des jeux de concentration, de mémoire, d'activités intellectuelles, de proposer des sorties à moindre coût (pour les adhérents)

Cet élan de générosité est nécessaire pour maintenir cet établissement, parmi les meilleurs de la région, et peut-être qu'un jour un membre de famille ou vous-même serons ravis de bénéficier de conditions exceptionnelles, d'un encadrement de bienveillance

Vous trouverez ci-joint un coupon-réponse, et nous tenons par avance, vous remercier pour votre générosité, et votre solidarité.

.....

Coupon-Réponse (cocher les cases correspondantes)

NOM (S) :PRENOM(S) :

☐ Non, je ne suis pas intéressé(e)

☐ Oui je souhaite adhérer à l'Association en réglant :

☐ Par chèque à l'ordre de l'association la Chenevière

☐ Par virement IBAN

FR76 1027 8088 5100 0202 1320 140

Mes volontés pour ma fin de vie.

Ce document va permettre de détailler vos souhaits pour les conditions de votre fin de vie.

Il s'agit d'inscrire vos demandes concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus des traitements et/ou des actes médicaux.

Je soussigné : _____

désire par la présente effectuer la rédaction de mes volontés concernant mon état potentiel à venir.

Au jour de la rédaction, ces informations sont la transcription de :

- ☐ mes volontés => directives anticipées, si mon état ne me permettait plus de m'exprimer clairement.
- ☐ des volontés de mon parent => souhaits recueillis, si son état ne lui permettait plus de s'exprimer clairement.

La personne de confiance est la personne qui vous accompagne dans vos démarches de soins et qui sera consultée comme témoin de votre volonté si votre état de santé ne vous permet plus de l'exprimer. Ce rôle de porte-parole lui impose de rapporter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté. Dans ce contexte, son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

Afin de faire respecter mes volontés, je désigne la personne nommée ci-dessous « Personne de Confiance », pour prendre des décisions au sujet des soins médicaux me concernant s'il arrive un moment où je ne peux pas (temporairement) ou plus (définitivement) prendre moi-même ces décisions.

NOM :

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Téléphone du domicile : _____

Téléphone portable : _____

Adresse : _____

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le conseil de famille est une assemblée de parents, amis ou voisins de la famille composé au minimum de 4 membres désignés par le juge des tutelles. Il se réunit sous la présidence de ce dernier quand les circonstances l'exigent.

Si une personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille ou le juge peut confirmer la désignation de celle-ci ou la révoquer.

Au jour de la signature de ce document :

-aucune mesure de protection juridique : ☐

-mesure juridique en place : ☐ _____

Demander la validation de la personne de confiance en cas de tutelle : ☐

-mesure de protection juridique à demander : ☐

-en attente de la réponse du juge : ☐

Perspective de curatelle : ☐

Perspective de tutelle : ☐

Demander la validation de la personne de confiance en cas de tutelle : ☐

Résident _____

Date et signature :

Personne de confiance : _____

Date et signature :

Je veux recevoir une assistance respiratoire au moyen d'un ventilateur, c'est-à-dire un dispositif mécanique qui entretient la respiration, comme une intubation ¹ ou une trachéotomie ².

OUI ☐ NON ☐

Je veux recevoir une réanimation cardio-respiratoire, c'est-à-dire une procédure médicale d'urgence pour stimuler mon cœur et/ou insuffler de l'air dans mes poumons, comme une intubation ou une trachéotomie.

OUI ☐ NON ☐

Je veux être alimenté par un tube inséré dans mon estomac ³ si je ne peux plus manger.

OUI ☐ NON ☐

Je veux être alimenté(e) médicalement. OUI ☐ NON ☐

Je veux être hydraté(e) médicalement. OUI ☐ NON ☐

Je veux recevoir des antibiotiques pour combattre une infection.

OUI ☐ NON ☐

Je veux recevoir des antalgiques pour soulager ma douleur même si cela peut conduire à une conscience réduite et/ou réduire ma vie.

OUI ☐ NON ☐

¹ L'intubation est un tuyau dans la trachée, entrant par la bouche et pénétrant dans les poumons, afin d'aider la fonction ventilatoire déficiente.

² La trachéotomie est un tuyau au niveau du cou, pénétrant directement dans la trachée, et permettant d'y brancher également un appareil d'aide à la ventilation.

³ L'alimentation entérale est une possibilité d'administrer des substances nutritives directement dans l'estomac, à l'aide d'une sonde qui entre par le nez, ou une sonde qui pénètre dans l'estomac à travers la peau de l'abdomen.

Je souhaite faire don de mes organes.

OUI ☐ NON ☐

Si oui, préciser :

Je souhaite faire dons de tissus.

OUI ☐ NON ☐

Si oui, préciser :

Je veux subir une autopsie.

OUI ☐ NON ☐

J'ai fait don de mon corps à la science.

OUI ☐ NON ☐

Des convictions personnelles peuvent être précisées ci-dessous :

Des préoccupations sources d'angoisses peuvent être précisées ci-dessous :

Je sais que mes directives anticipées ci-dessus établies priment sur l'avis de la personne de confiance, dont l'avis prime sur tout autre avis.

Le professionnel de santé doit respecter les volontés exprimées dans les directives anticipées, conformément à la législation en vigueur. Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Dans ce cas, le médecin doit solliciter un avis collégial. Cette décision collégiale s'impose et est inscrite dans le dossier médical. La personne de confiance en est informée.

Je sais que je peux modifier ou annuler à tout moment le contenu de ce document qui est valable sans limite de temps.

Résident _____

Date et signature :

Personne de confiance : _____

Date et signature :

Exemples de souhaits, convictions personnelles :

Je veux que les traitements médicaux servent avant tout à alléger mes souffrances et les symptômes pénibles.

Si je suis dans le coma prolongé, je veux que l'on poursuive mon alimentation et mon hydratation.

Je veux que les traitements et gestes médicaux dont le seul effet est de prolonger ma vie artificiellement ne soient pas commencés ou continués.

Je ne veux pas respirer à l'aide d'une machine.

Je ne veux pas que l'on me fasse de transfusion.

Je veux bien / je ne veux pas être alimenté avec des tuyaux.

Souffrant d'une maladie grave à évolution irréversible, je ne veux pas être réanimé(e) en cas d'arrêt cardiaque.

Je ne veux pas de gestes jugés inutiles par l'équipe médicale.

Je ne souhaite pas être hospitalisé(e) si c'est possible et préfère mourir chez moi.

Je souhaite que mes enfants m'accompagnent aux derniers moments.

Je ne souhaite pas que telle personne soit présente à mes côtés.

J'aimerais voir un prêtre, un pasteur, un iman, un rabbin, un conseiller spirituel.