



51 240 SAINT GERMAIN LA VILLE

TEL : 03.26.67.52.69

e-mail : admission@residenceduparc51.fr

<http://www.maison-retraite-st-germain-la-ville.fr>

DOSSIER D'ADMISSION SERVICE DE RELAYAGE A DOMICILE



NOM :

PRENOM :

DATE DE DEPOT :

DATE D'ADMISSION :

Prise de contact-Service de relayage à domicile

Date et nature du premier contact :

Demandeur : Aidant ☐ Professionnel ☐

Profil de l'aidant :

- Nom et prénom :
- Lien avec la personne concernée (époux/se ; enfant ; autre...) :
- Adresse :
- Coordonnées téléphoniques :
- Adresse e-mail :

Profil de l'aidé:

- Nom et prénom :
- Date de naissance :
- Situation familiale (Nombre d'enfants)
- Adresse :
- Coordonnées téléphoniques :
- Numéro de sécurité sociale et mutuelle :
- Informé (e) de la démarche ? OUI ☐ NON ☐ Consentant(e) ? OUI ☐ NON ☐

Pathologies :

Merci de préciser le nom du médecin traitant et ses coordonnées, les traitements, ordonnances

Protection Judiciaire : OUI ☐ NON ☐

Nom du Mandataire et coordonnées (le cas échéant) :

Coordonnées des personnes de confiance à contacter :

Aides en place au domicile :

- Nature du service	En place	Organisme	Fréquence/ Durée
- Aide à la toilette	OUI ☐ NON ☐		
- Portage de repas	OUI ☐ NON ☐		
- Aide au ménage	OUI ☐ NON ☐		
- Passage infirmier	OUI ☐ NON ☐		
- Accueil de Jour	OUI ☐ NON ☐		
- Autre (précisez) :			

Contexte- Habitudes de Vie – Difficultés rencontrées à domicile

--

- Soins spécifiques à apporter OUI ☐NON ☐

Activités de loisir appréciées par l'aidé (jeux, promenades...) :

Nature des actions envisagées / Missions du relayeur:

--

Statut de la demande à l'issue de ce premier contact :

- Proposition d'un rendez-vous avec la psychologue ☐
- Organisation d'une visite au domicile ☐
- En attente d'informations complémentaires ☐
- Autre : ☐

Engagement à régler le service de Relayage

« 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 des frais de participation au relayage, prends l'engagement de payer mensuellement et à terme échu, les frais de participation au service de relayage, au Receveur du Trésor Public des Etablissements Hospitaliers, 51, rue du Commandant Derrien, 51022 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX.

Fait à..... le

Lu et Approuvé
(Mention manuscrite)

Signature :
(Nom, Prénom, Qualité)

Partie réservée à l'administration :

- Date de l'enregistrement du dossier :
- Décision :

TARIFS SERVICE DE RELAYAGE A DOMICILE

2 heures	12€*
4 heures	20€*
8 heures	30€*
Formule « nuit » : 12 heures	38€*
Formule 2 jours 1 nuit : 36 heures	90€*
Formule 3 jours 2 nuits : 48 heures	110€*

**Nouveau tarif en vigueur inchangé depuis 2023*

Pour toute information complémentaire, veuillez nous contacter :

- par téléphone au 03 26 67 52 69
- par mail : admission@residenceduparc51.fr