

Madame, Monsieur,

Vous avez retiré ou déposé un formulaire de demande d'admission à l'EHPAD du Centre Hospitalier de Marennes.

Afin d'instruire votre dossier, vous trouverez ci-après la liste des éléments complémentaires à fournir.

L'ensemble des pièces est nécessaire à l'analyse du dossier.

Le dossier complet peut nous être transmis, à votre convenance :

- ✓ Par email,
- ✓ Déposé dans la boîte à lettres à l'entrée de l'établissement,
- ✓ Lors d'un rendez-vous du lundi au vendredi entre 14h et 15h.

Les dossiers sont soumis à la commission d'admission qui se déroule le mercredi **matin**.

Restant à votre disposition pour toutes informations complémentaires,

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Bérengère DE KERROS,
Directrice Déléguée de site

PHOTOCOPIES DES PIÈCES OBLIGATOIRES A FOURNIR

- Carte Nationale d'Identité (CNI) ou passeport
- Livret de famille **incluant les pages enfants**
- Carte de séjour pour les étrangers
- Attestation de la Carte Vitale
- Carte de Mutuelle **à jour**
- Déclaration pré-remplie des revenus complète, avec le détail en page 4
(Organismes versants les pensions, retraites, rentes et revenus des capitaux mobiliers)
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Plan de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou notification si dossier en cours
- Eventuellement : jugement de mise sous protection juridique
- Eventuellement : contrat obsèques
- Si demande d'Aide Sociale à l'Hébergement, fournir le récépissé de la demande
- RIB

DOCUMENTS A COMPLETER ET A NOUS TRANSMETTRE EN ORIGINAL

- Facturation
- Engagement de payer - résident + photocopie pièce d'identité (CNI ou passeport)
- Engagement de payer - obligé alimentaire + photocopie pièce d'identité (CNI ou passeport **pour chaque obligé alimentaire** (enfant)
- Tableau de coordonnées des enfants et petits-enfants
- Attestation APA et Aides Sociales/Avances

FACTURATION

IMPORTANT

* Pour les entrées en séjour temporaire sans GIR et tous les séjours permanents = l'évaluation GIR sera faite par l'équipe soignante sous environ 4 à 5 semaines.

En conséquence, en fonction de la date d'admission dans l'établissement, il est à **prévoir la réception de deux avis des sommes à payer simultanément**, correspondants au mois d'entrée et au mois venant de s'écouler.

* **Caution** : conformément au paragraphe 6.1 du contrat de séjour permanent, une caution d'un montant correspondant à 30 jours d'hébergement vous est demandée. Aussi, sous trois semaines suivant l'entrée en établissement, vous recevrez un avis des sommes à payer, à régler auprès du Trésor Public.

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Et/ou représentant(e) légal (e) :

Nom : Prénom :

Demande à ce que :

Les factures soient libellées à :

Madame, Monsieur

Adresse

La caution soit libellée à :

Madame, Monsieur

Adresse

Fait à Marennes, le ____ / ____ / 20 ____

Signature du demandeur ou de son représentant

Je soussigné(e) Madame, Monsieur **(1)** Prénom

Adresse :

.....

Représenté(e), le cas échéant par :

Madame, Monsieur **(1)** Prénom

Adresse :

.....

En qualité de

Je m'engage, à partir de mon entrée dans l'établissement - **Joindre la copie d'une pièce d'identité**

- A titre payant, à régler la totalité des frais d'hébergement et de dépendance, ainsi que d'autres frais annexes à ma charge.
- Dans l'attente d'une décision de prise en charge des frais d'hébergement par l'Aide Sociale, qui peut m'être favorable comme défavorable, je suis redevable du complet paiement des prestations qui me sont servies.
- A reverser au moins 90% de mes ressources (pensions, retraites, etc....) par chèque à l'ordre de : TRESOR PUBLIC ou par virement sur le compte du TRESOR PUBLIC.

Je reconnais avoir été informé(e) des tarifs journaliers applicables au 01/04/2024 de la Résidence.

➤ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

- Hébergement..... 63,03 €
- Dépendance GIR 1 et 2..... 20,89 €
- Dépendance GIR 3 et 4..... 13,26 €
- Dépendance GIR 5 et 6..... 5,63 €

Je certifie avoir été informé(e) de la possibilité de faire valoir les droits à l'aide sociale. La participation évoluera en fonction du prix de journée fixé pour l'établissement.

- Des dispositions de l'article L 6145-11 du code de la santé publique selon lesquelles « les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hébergés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206,207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».
- Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par le Centre Hospitalier de Marennes devant le juge aux affaires familiales auprès du Tribunal de Grande Instance de Rochefort.
- Qu'à défaut de dépôt de dossier aide sociale hébergement auprès du CCAS (le cas échéant), l'hébergé devra s'acquitter des frais d'hébergement et de dépendance.

Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs

Signature précédée de la mention manuscrite « **Lu et approuvé** », le ____ / ____ / 2024

(1) Rayer la mention inutile

Je soussigné(e) Madame, Monsieur **(1)** Prénom

Joindre la copie d'une pièce d'identité

Adresse :
.....

Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

M'engage à participer au règlement des frais d'hébergement de :

Madame, Monsieur **(1)** Prénom

Né(e) le ____ / ____ / ____ à (Département)

Lien de parenté :

À compter de son entrée à la Résidence pour Personnes Âgées (**RPA**) du Centre Hospitalier de MARENNES ainsi que des autres frais annexes à sa charge.

Je reconnais avoir été informé(e) des tarifs journaliers applicables au 01/04/2024 de la Résidence.

➤ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

- Hébergement63,03 €
Dépendance GIR 1 et 2..... 20,89 €
Dépendance GIR 3 et 4.....13,26 €
Dépendance GIR 5 et 6.....5,63 €

Je certifie avoir été informé(e) de la possibilité de faire valoir les droits à l'aide sociale. La participation évoluera en fonction du prix de journée fixé pour l'établissement.

- Des dispositions de l'article L 6145-11 du code de la santé publique selon lesquelles « les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hébergés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206,207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».
- Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par le Centre Hospitalier de Marennes devant le juge aux affaires familiales auprès du Tribunal de Grande Instance de Rochefort.
- Qu'à défaut de dépôt de dossier aide sociale hébergement auprès du CCAS (le cas échéant), l'hébergé devra s'acquitter des frais d'hébergement et de dépendance.

Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs

Signature précédée de la mention manuscrite « **Lu et approuvé** », le ____ / ____ / 2024

(1) Rayer la mention inutile

(2) L'obligation alimentaire désigne le devoir d'aider matériellement certaines personnes de sa famille, lorsque qu'elles sont dans le besoin. Le code civil prévoit cette obligation entre parents et enfants. Mais aussi entre grands-parents et petits-enfants et entre gendres ou belles-filles et beaux-parents. A noter : un gendre ou une belle-fille n'est plus obligé alimentaire de ses beaux-parents si son époux ou épouse et ses enfants sont décédés.

L'obligation alimentaire est réciproque entre les ascendants et les descendants : elle s'applique aussi bien aux parents qui ont le devoir d'aider leurs enfants qu'aux enfants qui ont le devoir d'aider leurs parents (voir l'article 205 du Code civil).

ATTESTATION APA

Je soussigné(e) Monsieur/Madame atteste avoir été informé(e) que je dois impérativement constituer le dossier d'APA en établissement :

- soit auprès de la mairie ou du CCAS du domicile du demandeur avant l'entrée en EHPAD,
- soit demander la modification de l'APA à domicile en APA en établissement.

En cas d'absence de démarche, je suis informé(e) qu'aucune aide ne sera accordée en déduction du tarif dépendance déterminé à partir du niveau de dépendance (GIR) de la personne hébergée.

Fait à, le ____ / ____ / 20 ____

Le demandeur ou son représentant (signature) :

ATTESTATION AIDES SOCIALES/AVANCES

Je soussigné(e) Monsieur/Madame

Né(e) le à

Domiciliée à l'EHPAD DUBOIS MEYNARDIE, 3 bis, rue du Docteur Roux 17320 MARENNES

Le cas échéant, représenté(e) par Monsieur/Madame

Demeurant

Lien de parenté :

Personne de confiance

Représentant légal (produire le jugement)

M'engage à effectuer les démarches pour bénéficier de l'Aide Sociale d'Hébergement

à compter du ____ / ____ / 20 ____ et à vous transmettre le récépissé de la demande d'Aide Sociale d'Hébergement.

Cette demande que je transmettrai au Conseil Départemental de est destinée à permettre le règlement de mes frais d'hébergement dans leur totalité.

Dans l'attente d'une décision qui peut m'être favorable comme défavorable, je suis redevable du complet paiement des prestations qui me sont servies.

À ce titre, je m'engage, à partir du jour de l'admission, à reverser au moins 90% de mes ressources (pensions, retraites, etc..) par chèque à l'ordre de : TRÉSOR PUBLIC ou par virement sur le compte du TRÉSOR PUBLIC (RIB joint).

Au regard de la décision qui sera prise en terme d'admission au bénéfice de l'Aide Sociale d'Hébergement, le montant des avances versées sera :

- Soit imputé sur la facture qui sera émise à mon nom (en cas de non acceptation de l'Aide Sociale d'Hébergement)
- Soit reversé à la collectivité d'assistance (en cas d'acceptation du bénéfice de l'Aide Sociale d'Hébergement)

Fait à, le ____ / ____ / 20 ____

Le/la résident(e) ou son représentant (signature) :

IMPORTANT CONCERNANT LA FACTURATION

* Pour les entrées en séjour temporaire sans GIR et tous les séjours permanents = l'évaluation GIR sera faite par l'équipe soignante sous environ 4 à 5 semaines.

En conséquence, en fonction de la date d'admission dans l'établissement, il est à **prévoir la réception de deux avis des sommes à payer simultanément**, correspondants au mois d'entrée et au mois venant de s'écouler.

* **Caution** : conformément au paragraphe 6.1 du contrat de séjour permanent, une caution d'un montant correspondant à 30 jours d'hébergement vous est demandée. Aussi, sous trois semaines suivant l'entrée en établissement, vous recevrez un avis des sommes à payer, à régler auprès du Trésor Public.

TARIF HEBERGEMENT PERMANENT

Niveau de dépendance	Hébergement	Dépendance	Total
GIR 1 et 2	63,03 €	20,89 €	83,92 €
GIR 3 et 4	63,03 €	13,26 €	76,29 €
GIR 5 et 6	63,03 €	5,63 €	68,66 €

TARIF HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Niveau dépendance	Hébergement	Dépendance	Total
GIR 1 et 2	63,03 €	20,86 €	83,89 €
GIR 3 et 4	63,03 €	13,24 €	76,27 €
GIR 5 et 6	63,03 €	5,62 €	68,65 €

TARIF ACCUEIL DE JOUR

Niveau dépendance	Hébergement	Dépendance	Total
GIR 1 et 2	32,73 €	21,24 €	53,97 €
GIR 3 et 4	32,73 €	13,48 €	46,21 €
GIR 5 et 6	32,73 €	5,72 €	38,45 €

ENTRÉE EN E.H.P.A.D. TROUSSEAU A PRÉVOIR

Le trousseau doit prévoir suffisamment de vêtements et chaussures pour un change correct en toutes saisons.

<u>TROUSSEAU FEMME</u>	<u>TROUSSEAU HOMME</u>
6 culottes	6 slips
6 combinaisons	6 maillots de corps
Bas ou collants en quantité	6 paires de chaussettes
2 robes + 3 jupes et 3 corsages	4 survêtements + 3 polos + 3 chemises chaudes
ou 3 robes + 2 jupes et 2 corsages	2 gilets + 2 pulls
2 gilets + 2 pulls	1 manteau ou vêtement chaud pour sortir
1 manteau ou vêtement chaud pour sortir	5 pyjamas
5 chemises de nuit ou pyjamas	2 robes de chambre (1 été + 1 hiver)
2 robes de chambre (1 été + 1 hiver)	2 paires de chaussons (1 été + 1 hiver)
2 paires de chaussons (1 été + 1 hiver)	2 paires de chaussures (1 été + 1 hiver)
2 paires de chaussures (1 été + 1 hiver)	

Cette liste n'est pas exhaustive et peut être complétée suivant les habitudes vestimentaires de la personne.

Chaque pièce du trousseau doit être identifiée – Nom et Prénom - à l'aide de marqueurs indélébiles ou d'étiquettes tissées, cousues exclusivement à l'intérieur des encolures.

En raison des difficultés d'entretien (température de lavage et de séchage), les vêtements « Damart », pure laine ou en soie sont déconseillés.

L'établissement dégage toute responsabilité en cas de détérioration du linge.

Le trousseau d'entrée devra être renouvelé régulièrement et adapté à la taille de la personne.

Les chaussures et chaussons doivent être confortables et adaptés à la marche.

***L'établissement propose le marquage des vêtements
pour la somme de 15 € pour la durée du séjour***

UN NECESSAIRE DE TOILETTE EST AUSSI DEMANDÉ

Les produits indispensables (à renouveler selon les besoins)

- 3 savonnettes et 3 gels douche
- Shampoing
- Brosse à dents et dentifrice - Nécessaires à dentier si besoin (colle, pastilles effervescentes)
- Peigne ou brosse à cheveux
- Eau de toilette, déodorant ou lotion après rasage
- Rasoirs et mousse à raser pour les messieurs
- Mouchoirs en tissus ou à usage unique
- Selon les habitudes de vie : crème hydratante, ...