



DOSSIER D'ADMISSION EHPAD

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**Quai des Bateliers
62120 Aire-sur-la-Lys**

Ce dossier est à compléter et à ramener au Secrétariat Médical

☎ : 03.91.92.81.42

Mail : secretariat.medical@ch-airelys.fr

**Et/ou à Mme BRYSSBAERT Rachel, chargée de mission pour l'accompagnement
du résident.**

rachel.bryssbaert@ch-airelys.fr

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

- ☐ La photocopie de toutes les pages du livret de famille - la photocopie de la carte d'identité recto verso en couleur - un extrait d'acte de naissance et/ou Passeport et/ou Titre de Séjour
- ☐ La carte vitale + la photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la carte de mutuelle ou de l'assurance complémentaire
- ☐ La photocopie de la notification de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
- ☐ La photocopie du contrat obsèques si celui-ci a été contracté
- ☐ Un relevé d'identité bancaire
- ☐ La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition + photocopie de la déclaration des revenus avec photocopies des justificatifs de ressources fournis par les caisses de retraite et autres organismes.
- ☐ Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement signés
- ☐ La photocopie de l'assurance Responsabilité Civile individuelle
- ☐ La photocopie des relevés des comptes bancaires et autres placements depuis un an
- ☐ La photocopie du jugement du tribunal en cas de mesure de protection (tutelle – curatelle – etc.)
- ☐ La dérogation d'âge du Conseil Départemental pour les personnes de moins de 60 ans

FACULTATIF :

- ☐ La photocopie de la carte d'invalidité, de la carte d'ancien combattant ou de la carte de veuve de guerre.
- ☐ La photocopie de la notification de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) si le résident en bénéficiait avant 60 ans
- ☐ La notification d'attribution de l'aide au logement
- ☐ La photocopie des avis de taxe foncière et taxe d'habitation
- ☐ La photocopie des contrats d'assurance vie

Pour toute demande d'aide sociale (Pièces à fournir obligatoirement) :

- ☐ Le formulaire « Attestation de dépôt de demande d'Aide Sociale » rempli et signé par le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) du domicile d'origine du résident

TROUSSEAU à Prévoir pour l'ADMISSION

Linge à prévoir : A apporter de préférence 48 à 72 Heures avant admission pour le marquage du linge

- 10 Maillots de corps
- 10 Culottes ou slips, soutien-gorge
- 7 Chemises de nuit ou pyjamas
- 2 Peignoirs
- 7 Robes ou pantalons ou jupes
- 7 Pulls ou gilets et tee-shirts et/ou chemises/polos, chemisiers
- 10 Paires de chaussettes ou mi-bas ou collants
- 2 Vestes ou manteaux, 2 écharpes
- 1 paire de chaussures de ville
- 1 paire de pantoufles fermées

Nécessaire de toilette :

- Savon, gel douche, shampoing
- Brosse à dents, dentifrice, timbale, colle pour prothèse dentaire
- 1 Peigne ou 1 brosse à cheveux
- Eau de toilette, déodorant
- Rasoir (jetables et/ou électrique) – mousse à raser
- 7 serviettes de toilette, 10 gants de toilette
- Pince à ongles



NB : Ne pas apporter de linge délicat (DAMART, laine....). Se référer à l'étiquette du vêtement. Nous rappelons que le lavage du linge délicat (ex : Damart...) est à entretenir par la famille

INFORMATIONS A L'ATTENTION DES FAMILLES

- Il est possible d'installer une ligne téléphonique dans la chambre (Démarches à faire auprès d'un fournisseur). Les frais sont à la charge du résident ou de sa famille.
- Les familles des résidents sont invitées à passer régulièrement à l'accueil afin de retirer le courrier ayant été envoyé directement au centre hospitalier.
- En cas d'annulation de la demande de placement, merci d'informer sans délai le secrétariat médical du Centre Hospitalier.
- Les familles des résidents sont invitées à prévenir l'accueil du Centre Hospitalier de toutes modifications administratives pendant la durée du séjour. (Adresse, Tél...)

Le résident peut solliciter deux aides auprès du Conseil Départemental :

- **L'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie)**

Le montant de l'APA est calculé en fonction de la dépendance et des revenus du résident. Cette allocation permet de couvrir en partie le coût du tarif dépendance.

Une participation reste systématiquement à la charge du résident. Son montant minimal est constitué par le tarif correspondant au GIR 5/6.

Concernant l'APA, il n'y a ni recours sur la succession, ni participation des enfants au titre de l'obligation alimentaire.

- **L'Aide Sociale pour placement en institution**

Lorsque les ressources du résident ou de ses ayants-droits ne semblent pas permettre de supporter les frais de séjour (hébergement et dépendance GIR 5-6), celui-ci peut demander l'aide sociale.

Après accord de la demande d'Aide Sociale, le Conseil Départemental règle soit tout ou partie des frais de séjour et récupère mensuellement :

- 90 % des ressources du résident (10 % restent à la disposition du résident au titre d'argent de poche)
- Et selon le cas une participation financière des obligés alimentaires calculée selon les ressources et les charges de chaque obligé (article 205 et suivants du Code Civil sur l'obligation alimentaire)

Un recours sur succession est opéré par les Services du Conseil Départemental pour récupérer tout ou partie de la créance départementale. Ce recours a lieu dans les semaines qui suivent le décès du résident.

1. ETAT CIVIL

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé (e) ☐ Veuf(ve)

Adresse actuelle de la personne concernée :

2. SITUATION ADMINISTRATIVE

N° de sécurité sociale : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nom et adresse de la caisse :

Adhérez-vous à une mutuelle ? ☐ Oui ☐ Non

Nom et adresse de la mutuelle :

N° d'adhérent : _____

Votre contrat mutuelle contient-il une garantie décès ☐ OUI ☐ NON

Etes-vous bénéficiaire de la CCS (Complémentaire Santé Solidaire)

☐ Oui ☐ Non

3. COORDONNEES DES ENFANTS et / ou PROCHES

(Pour les couples, précisez le nom marital, le nom de jeune fille et le prénom des deux conjoints)

REFERENT N°1

Mr et Mme _____

Qualité _____

Adresse : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ Email (facultatif) _____

REFERENT N°2

Mr et Mme _____

Qualité _____

Adresse : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ Email (facultatif) _____

REFERENT N°3

Mr et Mme _____

Qualité _____

Adresse : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ Email (facultatif) _____

4. EN CAS DE DECES

Personne à prévenir : _____ ☐ Le jour ☐ La nuit

Téléphone : ____/____/____/____/____

Quelle entreprise de pompes funèbres doit être contactée :

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____

Un contrat obsèques a-t-il été souscrit auprès de celle-ci ? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous établi des directives anticipées ? ☐ OUI ☐ NON

5. CONTACTS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____

Nom des ambulances : _____

Adresse : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____

6. PERSONNE CHARGEE DU REGLEMENT DES FRAIS DE SEJOUR

Nom : _____

Prénom : _____

Qualité : _____

Adresse : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____

Nom de la personne qui a complété le dossier :

Téléphone : ____/____/____/____/____

Date : _____

Signature :

TARIFS A LA CHARGE DU RESIDENT A PARTIR DU 1^{ER} AVRIL 2024 *

		TARIF HEBERGEMENT	TARIF DEPENDANCE	TOTAL JOURNALIER	TOTAL Mensuel 28 jours	TOTAL Mensuel 30 jours	TOTAL Mensuel 31 jours
Plus de 60 ans	GIR 1-2	66,07 €	21,29 €	71,80 € (1)	2010,40 €	2154 €	2225,80 €
	GIR 3-4	66,07 €	13,51 €	71,80 € (1)	2010,40 €	2154 €	2225,80 €
	GIR 5-6	66,07 €	5,73 €	71,80 € (1)	2010,40 €	2154 €	2225,80 €
Moins de 60 ans		83,98 €			2351,44 €	2519,40 €	2603,38 €

(1) Le montant de l'APA est versé directement à l'Etablissement, donc seul le montant correspondant au GIR 5/6 (soit 5.73 euros) est à la charge du résident.

(*) Le tarif est applicable au 01/01 de l'année en cours, et arrêté annuellement par le Département du Pas de Calais.

**ENGAGEMENT de PAYER les FRAIS de SEJOUR
EN E.H.P.A.D. (1) - (2)**

Je soussigné(e) M _____

Demeurant _____

Agissant en qualité de _____

Ai l'honneur de demander l'admission de :

Mme / Mr _____

☐ En établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

du Centre Hospitalier d'Aire sur la Lys à compter du _____

☐ J'ai été avisé du montant des Prix de Journée applicable dans l'établissement
(cf pages 12 et 13)

Le tarif est arrêté annuellement par le Président du Département du Pas de Calais

☐ Je m'engage à payer mensuellement au trésor public, dans les dix jours suivant
la réception de la facture, le montant des frais d'hébergement et de
dépendance

Pour M _____

**Je suis informé(e) qu'en cas de non-paiement dans les délais prévus, le Directeur
pourra prendre toute mesure appropriée après concertation des parties
concernées, et demander au Trésor Public d'engager les poursuites nécessaires.**

Fait en 2 exemplaires à Aire sur la Lys le : _____

Signature, Précédée de la mention « lu et approuvé »

(1) établi sur le fondement des articles R6145-4 et R314-187 du code de l'action sociale et des familles

(2) un formulaire par ayant-droit

**ENGAGEMENT de PAYER les FRAIS de SEJOUR
EN E.H.P.A.D. (1) - (2)**

Je soussigné(e) M _____

Demeurant _____

Agissant en qualité de _____

Ai l'honneur de demander l'admission de :

Mme / Mr _____

☐ En établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

du Centre Hospitalier d'Aire sur la Lys à compter du _____

☐ J'ai été avisé du montant des Prix de Journée applicable dans l'établissement
(cf pages 12 et 13)

Le tarif est arrêté annuellement par le Président du Département du Pas de Calais

☐ Je m'engage à payer mensuellement au trésor public, dans les dix jours suivant
la réception de la facture, le montant des frais d'hébergement et de
dépendance

Pour M _____

**Je suis informé(e) qu'en cas de non-paiement dans les délais prévus, le Directeur
pourra prendre toute mesure appropriée après concertation des parties
concernées, et demander au Trésor Public d'engager les poursuites nécessaires.**

Fait en 2 exemplaires à Aire sur la Lys le : _____

Signature, Précédée de la mention « lu et approuvé »

(1) établi sur le fondement des articles R6145-4 et R314-187 du code de l'action sociale et des familles

(2) un formulaire par ayant-droit

A REMPLIR EN CAS DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Cachet de la Mairie

MAIRIE

*Document à remettre au secrétariat
médical après l'avoir dûment rempli*

ATTESTATION

Je soussigné(e), M _____

Président du C.C.A.S, atteste qu'un dossier d'AIDE SOCIALE a été ouvert et
concerne l'admission de Mme / Mr _____

☐ En établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

du Centre Hospitalier d'Aire sur la Lys, et une date d'entrée prévisionnelle a été
fixée au : _____

Le _____
Signature du Président du C.C.A.S, et cachet

DEMANDE DE REVERSEMENT DES RESSOURCES DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

1) Demande émanant du bénéficiaire ou de son représentant légal :

Je soussigné(e) Mr ou Mme _____

Né(e) le _____

Admis(e) dans l'établissement _____

depuis le _____

Demande la perception de mes revenus ainsi que l'allocation de logement à caractère social par :

☐ Le responsable de l'Etablissement (si établissement de statut privé)

☐ Le comptable de l'Etablissement (si établissement public)

Fait à _____, le _____

Signature du bénéficiaire
ou de son représentant légal

2) Avis du responsable ou du comptable de l'Etablissement :

.....

Date

Signature

Cachet de
l'Etablissement
ou de la Trésorerie

3) Décision du Président du Conseil Départemental:

AUTORISE le responsable de l'Etablissement ou le comptable de l'Etablissement

_____, à percevoir les revenus de Mr ou Mme

_____ admis(e) depuis le _____

à la demande de l'intéressé(e) / ou de son représentant légal, pour une durée de
_____ ans à compter du _____

ARRAS, le _____

Le Président du Conseil Départemental

ENGAGEMENT POUR LA PERIODE TRANSITOIRE (1) – (2)

(Période allant de la date d'entrée dans l'établissement à la date de réception de la décision de la Commission Départementale d'Aide Sociale, dans le cas d'un rejet de prise en charge)

Je soussigné(e) M _____

Demeurant _____

Agissant en qualité de _____

De Mme/ Mr _____

qui a demandé à bénéficier de l'Aide Sociale aux personnes âgées,

et admis à compter du _____

☐ En établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

du Centre Hospitalier d'Aire sur la Lys.

☐ M'engage à payer le complément des frais de séjour non couverts par la provision réglementaire constituée de 90 % des ressources de l'hébergé(e).

Je suis informé de la possible saisine du Juge aux Affaires Familiales auprès du TGI, afin de fixer la part de chacun des obligés alimentaires. Cette saisine peut être effectuée directement par mes soins et ne dispense pas de régler la provision réglementaire ci-dessus.

Fait en 2 exemplaires à Aire sur la Lys le : _____

Signature, Précédée de la mention «lu et approuvé »

(1) établi sur le fondement des articles R6145-4 et R314-187 du code de l'action sociale et des familles

(2) un formulaire par ayant-droit

ENGAGEMENT POUR LA PERIODE TRANSITOIRE (1) – (2)

(Période allant de la date d'entrée dans l'établissement à la date de réception de la décision de la Commission Départementale d'Aide Sociale, dans le cas d'un rejet de prise en charge)

Je soussigné(e) M _____

Demeurant _____

Agissant en qualité de _____

De Mme/ Mr _____

qui a demandé à bénéficier de l'Aide Sociale aux personnes âgées,

et admis à compter du _____

☐ En établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

du Centre Hospitalier d'Aire sur la Lys.

☐ M'engage à payer le complément des frais de séjour non couverts par la provision réglementaire constituée de 90 % des ressources de l'hébergé(e).

Je suis informé de la possible saisine du Juge aux Affaires Familiales auprès du TGI, afin de fixer la part de chacun des obligés alimentaires. Cette saisine peut être effectuée directement par mes soins et ne dispense pas de régler la provision réglementaire ci-dessus.

Fait en 2 exemplaires à Aire sur la Lys le : _____

Signature, Précédée de la mention «lu et approuvé »

(1) établi sur le fondement des articles R6145-4 et R314-187 du code de l'action sociale et des familles

(2) un formulaire par ayant-droit

DROIT A L'IMAGE

Mme / Mr _____
Dénommé ci- après « Le Résident »

Ou son représentant légal ou familial

Mme, Mr _____

❶ Donne mon accord pour l'insertion de ma photo dans le dossier patient pour assurer la sécurité des soins (fortement conseillé)

OUI ☐

NON ☐

❷ Donne mon accord pour être photographié dans le cadre des animations, sorties, journal interne – externe, fêtes annuelles, anniversaire, ... :

OUI ☐

NON ☐

En donnant mon accord, j'ai pris connaissance que des photographies de moi peuvent être affichées dans l'établissement et dans la presse locale

❸ Publication sur le site internet de l'établissement OUI ☐ NON ☐

❹ Publication sur les réseaux sociaux de l'établissement OUI ☐ NON ☐

Cette autorisation est valable un an, sans information de votre part elle sera reconduite tacitement. Elle pourra être révoquée à tout moment. Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. La publication ou la diffusion des photographies ne devront pas portées atteintes à la dignité à la vie privée ou à la réputation. Conformément à l'article 9 du code civil, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en est fait et le droit de retrait des photographies.

Le droit à l'image s'applique aux photographies de type portrait et ne concerne pas les photos de groupe.

Fait à _____ le _____

Le Résident ou son Représentant

Fiche de désignation de la personne de confiance

Etiquette Patient/Personne
Acc.

La loi n° 2016-27 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie autorise **toute personne majeure** a désigné une personne de confiance (sauf avis contraire du juge des tutelles ou du conseil de famille pour les personnes sous tutelle), afin de préserver en toutes circonstances son droit de participer à chaque décision concernant sa santé.

La personne de confiance pourra si vous le souhaitez, **vous accompagner dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens** concernant les choix thérapeutiques. Sa présence pourra également s'avérer indispensable si vous n'étiez plus en capacité de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes diagnostics et thérapeutiques sauf urgence. Elle devient alors **« votre porte parole »** auprès de l'équipe médicale.

☐ Patient/Personne accueillie inconscient ou dans l'incapacité de désigner une personne de confiance

Je soussigné(e) :

☐ Madame ☐ Monsieur (cochez la case correspondante)

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom (s) : _____

Date et Lieu de naissance : _____

☐ Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et **ne souhaite pas** en désigner une

☐ Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et **désigne** :

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom (s) : _____

Adresse complète : _____

Numéros de téléphone : Fixe ____/____/____/____/____ Portable ____/____/____/____/____

Lien avec le patient : _____

Date : _____

Signature du patient/personne
accueillie :

Signature de la personne de
confiance :

Cette désignation est révoquée à tout moment et à
renouveler à chaque hospitalisation.