

A viser le

DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION DE :

NOM :

PRÉNOM :

EN DATE DU :/...../.....

TELEPHONE

VISITE

PARTIE RÉSERVÉE A L'ÉTABLISSEMENT

- AVIS MÉDECIN COORDONNATEUR :

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

- AVIS DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT :

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

- ENTRÉE PRÉVUE POUR :



www.qualicert.fr

Madame, Monsieur,

Comme vous l'avez souhaité, nous vous adressons un dossier de demande d'admission.

Afin de mieux vous connaître, ce dossier de pré-admission devra être dûment rempli par les parties concernées et retourné au secrétariat de la Maison de Retraite qui pourra alors effectuer les démarches nécessaires pour inscrire le futur résident.

➤ Il se compose de trois parties complémentaires :

- ❖ La première partie, le dossier de demande d'admission, est à remplir par le futur résident ou son représentant ;
- ❖ La partie médicale, jointe au dossier d'admission, est à remplir par le médecin traitant ou le médecin de l'hôpital si le demandeur est hospitalisé ;
- ❖ Le questionnaire sur les habitudes de vie (*qui pourra être donné au moment de l'entrée*) nous permettra :
 - De faciliter votre prise en charge au sein de l'établissement,
 - De faciliter votre intégration auprès de l'équipe et des autres résidents,
 - D'améliorer votre qualité de vie,
 - De vous proposer des activités adaptées à vos centres d'intérêts.

➤ LES TARIFS :

❖ Le tarif hébergement :

- L'établissement est habilité partiellement à recevoir des personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale.
- Le tarif hébergement est fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil Départemental pour les bénéficiaires de l'aide sociale.
- Ce tarif comprend les trois repas, goûter, collation, l'entretien des locaux, l'animation, ainsi que le lavage, le repassage et la distribution du linge marqué.

❖ Le tarif dépendance :

- Cette somme varie en fonction du degré de dépendance (GIR) de la personne.
Le tarif dépendance est fixé par le Président du Conseil Départemental.
Le GIR est fonction de l'état de dépendance du résident après évaluation médicale par le médecin coordonnateur de l'établissement.

Nous vous souhaitons bonne réception de ce dossier et espérons vous avoir apporté les renseignements que vous souhaitez.

Restant à votre disposition et dans l'attente de vous rencontrer, veuillez agréer,
Madame, Monsieur l'expression de nos sentiments distingués.

La Directrice,
Anne HIRTZIG

EHPAD LES ROSES – 28 Avenue de Cintegabelle – 31560 CALMONT
Tél : 05 61 08 10 56 – Fax : 05 61 08 32 48 – Email : maisonretraite.lesroses@orange.fr





Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale



**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

° UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)

° UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- ° LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- ° LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT.

SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

DOSSIER ADMINISTRATIF**ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE**Civilité : Monsieur Madame Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance Lieu de naissance Pays ou département N° d'immatriculation **ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____

SITUATION FAMILIALECélibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e) Nombre d'enfant(s) **MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE** OUI NON En cours Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future **CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION** (événement familial récent, décès du conjoint ...) :**ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL**Civilité : Monsieur Madame Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance Lieu de naissance Pays **ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si OUI :

Nom de famille (de naissance)

(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité OUI NON

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire _____

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile Chez enfant/Proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD / SAD¹ Accueil de jour

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

Nom de famille (de naissance)

(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)Autre personne à contacter⁽²⁾Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

--

Code postal

--	--	--	--	--	--

Commune/Ville

--

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

--

ASPECTS FINANCIERSComment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours envisagée Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours envisagée Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI NON Demande en cours envisagée Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON **COMMENTAIRES**

--

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT DANS LES 6 MOIS ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : ___ / ___ / _____

Date de la demande : ___ / ___ / _____

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

--

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

*Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement

Fin/Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS

OUI	NON
-----	-----

ALLERGIES

OUI	NON
-----	-----

Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

OUI	NON
-----	-----

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

NE SAIT PAS

OUI	NON
-----	-----

Alcool

Tabac

Sevrage

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI	NON
-----	-----

Cécité

--	--

Surdité

--	--

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI	NON
-----	-----

REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

OUI	NON
-----	-----

--	--

--	--

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date

Signature

cachet du
médecin

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

▪ HEBERGEMENT SOUHAITE :

- Chambre individuelle
- Chambre double
- Chambre individuelle (salle de bain partagée)

▪ RESPONSABILITE CIVILE :

- Établissement
- Personnelle (Attestation)

▪ REVENUS :

▪ ANCIENNE PROFESSION :

▪ DATE DU DÉPART A LA RETRAITE :

▪ FACTURATION :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> donner les factures au résident | <input type="checkbox"/> faire suivre les factures au référent |
| <input type="checkbox"/> donner le courrier au résident | <input type="checkbox"/> faire suivre le courrier au référent |
| <input type="checkbox"/> installation d'une ligne téléphonique - ancien numéro : | |

▪ SECURITE SOCIALE (NOM ADRESSE DU CENTRE) :

- Carte d'assuré Social

Code Gestion :

.....

Caisse d'affiliation :

.....

Numéro d'immatriculation :

.....

- Mutuelle

Nom de la mutuelle :

.....

Numéro d'adhérent :

.....

▪ SOUHAIT EN CAS DE SURVENUE D'UNE PATHOLOGIE AIGUË

Lieu d'hospitalisation souhaité :

.....

▪ SOUHAIT EXPRIMES POUR LA FIN DE VIE :

Souhaitez-vous être prévenus si le décès survient la nuit

OUI N° Tél :

Non

Nom de la personne ayant qualité de pourvoir aux funérailles :

.....

Contrat obsèques :

.....

.....

SOMMAIRE DES ANNEXES

Pièces justificatives d'inscription	p11
Complément d'information	p12
Autorisations	p13
Consentement RGPD	p 14
Le rôle de la personne de confiance	p.15
Désignation de la personne de confiance	p 17
Demande d'aide sociale	p18
Tarifs et prestations de l'établissement	p19
Trousseau conseillé	p20
Certification de service	p22
Charte des droits et libertés de la personne accueillie	p23
Charte de droits et libertés de la personne âgée dépendante	p24
Bordereau de remise des pièces	p25
Itinéraire	p26

FICHE COMPLÉMENT D'INFORMATION

Nom & Prénom du Résident : M.....

Conformément au contrat de séjour et afin de mieux répondre à vos besoins et vos attentes, nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous et de nous le retourner dans les meilleurs délais.

Inscription chez le coiffeur et chez le pédicure :

Notre établissement propose des services de pédicurie et de coiffeur sur place ; nous vous demandons de nous préciser votre choix dans le tableau ci-dessous.

PÉDICURE				COIFFURE			
Lorsque c'est nécessaire	Uniquement à la demande de la famille ou du représentant légal	Nombre de fois par mois	Jamais	Lorsque c'est nécessaire	Uniquement à la demande de la famille ou du représentant légal	Nombre de fois par mois	Jamais

Prestation couture des étiquettes (noms tissés) sur le linge 65.00 €

- Oui
 Non

Produits d'hygiène (shampoing, gel douche, crème, lait hydratant) :

L'établissement peut fournir les produits d'hygiène aux résidents. Ces produits sont commandés auprès du Laboratoire Rivadis et sont facturés à la famille ou au représentant légal.

Souhaitez-vous que nous fournissions les produits d'hygiène ?

- Oui
 Non

Vous avez la possibilité de choisir le lieu d'hospitalisation de votre parent, merci de nous le préciser, sauf cas de force majeure :

.....

En cas de décès du résident : si vous avez souscrit un contrat obsèques, merci de nous communiquer les coordonnées :

.....

Nom de la personne ayant qualité de pourvoir aux funérailles :

.....

Ainsi que le lieu d'inhumation :

.....

Vos souhaits de fin de vie (tenue vestimentaire, présence d'un représentant du culte de votre choix...)

.....

Date :Signature :

Je soussigné(e) M.....Fille, Fils, Époux(e), Tuteur
(trice)

- Autorise
- N'autorise pas

M.....à participer aux sorties proposées par la maison de retraite « Les Roses ». Ce sont des sorties extérieures encadrées par le personnel de l'établissement. Elles sont organisées mensuellement dans les sites ou villages alentours (promenade au lac, marchés...) afin d'occuper et divertir au mieux les résidents.

Le.....Signature

Maison de Retraite LES ROSES – 28 avenue de Cintegabelle 31560 CALMONT
Tél 05.61.08.10.56 – Fax 05.61.08.32.48



www.qualicert.fr

Je soussigné(e) M.....Fille, Fils, Époux(e), Tuteur
(trice)]

- Autorise
- N'autorise pas

La Maison de Retraite Les Roses à utiliser les images fixes ou animées prises au cours des activités thérapeutiques ou ludiques reflétant la vie de l'établissement pour diffusion par exemple, sur le site internet, les expositions dans les locaux de l'établissement, les articles de presse etc....

Le /.... /..... à

Signature du résident

Signature de(s) Fille, Fils, Époux (se), Tuteur(trice)

A l'attention de
Ou son représentant

Information et consentement RGPD Mai 2018

Dans le cadre de l'évolution de la réglementation concernant les données personnelles, nous devons recueillir le consentement du résident et/ou l'informer afin de recueillir ses données personnelles telles que le :

- Nom, prénom, situation familiale, ancienne profession, personnes à prévenir avec coordonnées téléphoniques, adresse, et tout élément fourni par le résident ou son représentant lors de l'admission puis au cours du séjour (centre d'intérêt, loisirs et activités pratiquées culturelles, directives anticipées ou dernières volontés), ayant une incidence sur sa prise en charge au quotidien,
- Culte : information demandé afin de pouvoir favoriser la pratique du culte de votre choix
- Justificatifs de revenus et RIB permettant de monter le dossier de demande d'aides (APA), etc.
- Santé : dossier de soins et dossier médical, N° sécurité sociale, mutuelle et les éléments du dossier médical, à insérer dans le dossier papier et le logiciel informatique de l'établissement, permettant le suivi par les médecins, auxiliaires paramédicaux, l'équipe pluridisciplinaire et pour effectuer toutes les démarches en relation avec la caisse d'assurance maladie, le communiquer lors des consultations ou des hospitalisations.

Cf : Règlement relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)

RGPD - Article 6 :

- la personne concernée a consenti au traitement de ses données à caractère personnel pour une ou plusieurs finalités spécifiques
- le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de celle-ci;

- Je suis informé(e) de l'existence du droit de demander l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, lorsqu'elles ne sont pas nécessaires à la suite de l'instruction de mon dossier auprès de la Directrice pour le dossier administratif ou du médecin coordonnateur pour le dossier médical au sein de l'EHPAD Les Roses.*

- Je suis informé(e) que les données recueillies serviront tout au long de la relation contractuelle et pendant 10 ans au-delà pour toute démarche, notamment avec les administrations, caisse de sécurité sociale, et organismes de tutelles. Elles pourront être détruites au bout de 10 ans après sortie de l'établissement. Les données seront traitées uniquement en France.*

Fait àle 2019

SIGNATURE
DU RESIDENT

ET /OU

SIGNATURE
DE SON REPRESENTANT LEGAL

Le rôle de la personne de confiance¹

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

QUEL EST SON RÔLE ?

La personne de confiance a plusieurs missions.

- **Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement**

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ; assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
- prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Elle a un **devoir de confidentialité** concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir, et vos directives anticipées : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

- **Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale.**

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais peut aussi affronter une contestation s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés.

Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Attention :

- La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose, si vous étiez hospitalisé(e) ou en cas de décès ;
- **Sa mission ne concerne que votre santé.**

QUI PEUT LA DÉSIGNER ?

Toute personne majeure peut le faire²

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

QUI PEUT ÊTRE LA « PERSONNE DE CONFIANCE » ?

Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission peut l'être. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant.

Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire.

¹ Source HAS (Haute Autorité de Santé)

² Les personnes sous tutelle doivent avoir l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Elle doit être apte à comprendre et respecter les volontés énoncées dans une situation de fin de vie et mesurer la possible difficulté de sa tâche et la portée de son engagement.

Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission.

Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

QUAND LA DÉSIGNER ?

Vous pouvez la désigner à tout moment, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap. La réflexion sur vos directives anticipées et leur rédaction peuvent être un moment opportun car la personne de confiance doit connaître vos souhaits et volontés pour le cas où vous seriez un jour hors d'état de vous exprimer.

D'autres moments peuvent être propices, tels qu'un changement de vos conditions de vie [entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), passage à la retraite], de votre état de santé, l'annonce d'une maladie grave (...) : désigner une personne de confiance est le moyen d'être sûr, si un jour vous n'êtes plus en état de dire votre volonté, que vos souhaits seront respectés ; cela pourra soulager vos proches et parfois éviter des conflits familiaux.

Dans le cas particulier où vous seriez hospitalisé(e), il vous sera demandé si vous avez désigné une personne de confiance et il vous sera proposé d'en désigner une pour la durée de l'hospitalisation. Mais ce n'est pas obligatoire.

COMMENT LA DÉSIGNER ?

La désignation doit se faire par écrit : vous pouvez la faire sur papier libre, daté et signé, en précisant ses noms, prénoms, coordonnées pour qu'elle soit joignable ou utiliser le formulaire joint. Elle doit cosigner le document la désignant.

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit que cette désignation est bien votre volonté.

Vous pouvez changer d'avis et/ou de personne de confiance à tout moment en le précisant par écrit (ou par oral devant deux témoins qui l'attesteront par écrit). Il est recommandé de prévenir votre précédente personne de confiance et les personnes qui détiennent son nom qu'elle n'a plus ce rôle et de détruire le document précédent.

COMMENT FAIRE CONNAÎTRE CE DOCUMENT ET LE CONSERVER ?

Il est important que les professionnels de santé soient informés que vous avez choisi votre personne de confiance et aient ses coordonnées dans votre dossier : il est recommandé que ce document soit intégré dans le dossier médical de votre médecin traitant et/ou celui de l'équipe soignante hospitalière quand il y en a une, et/ou de l'EHPAD ou de tout autre lieu de résidence/d'hébergement (établissement social ou médico-social), (personnes en situation de grande dépendance ou de précarité).

Vous pouvez également le conserver avec vous.

À terme, le nom de votre personne de confiance pourrait être inscrit sur votre Dossier Médical Partagé.

Il est important également que les proches soient informés que vous avez choisi une personne de confiance et connaissent son nom.

AUTRES RÔLES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance peut intervenir dans des contextes médicaux particulièrement encadrés par la loi :

- les essais thérapeutiques : elle reçoit l'information adaptée si le patient ou son représentant légal ne peut pas la recevoir ;
- „ la recherche biomédicale : dans les situations où le consentement de la personne ne peut être recueilli (urgence ou personne hors d'état de le donner), celui-ci peut être demandé à la personne de confiance ;
- les tests génétiques : lorsqu'il est impossible de recueillir le consentement de la personne concernée, la personne de confiance peut être consultée ;
- lors d'une hospitalisation psychiatrique sous contrainte : la personne de confiance peut accompagner la personne malade lors des autorisations de sortie.

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'amélioration continue de nos services nous souhaitons mettre à jour notre base donnée et ainsi connaître le nom de la personne de confiance.

La mise en place de la personne de confiance participe à la recherche du consentement et au respect de l'autonomie des usagers. Le référent familial qui est souvent désigné lors de l'admission en EHPAD parmi les membres de la famille de la personne âgée pourra donc, naturellement, être choisi comme personne de confiance. Ainsi elle n'est pas à confondre avec la personne qualifiée mise en place par la loi. Elle a un rôle d'accompagnement mais aussi de conseil et elle est prioritairement consultée lorsque la personne n'est plus en mesure de donner ou de recevoir l'information. Il est enfin utile de rappeler que le secret médical n'est pas levé vis-à-vis de la personne de confiance et qu'elle n'a pas accès au dossier médical. **Cependant, dans le cas des personnes protégées par une mesure de tutelle, ce sont les tuteurs qui endossent ce rôle.** En revanche, en cas de sauvegarde de justice ou de curatelle, la personne est libre quant au choix de la personne de confiance.

Nous vous remercions par avance de bien vouloir nous retourner le coupon joint à ce courrier.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Anne HIRTZIG
Directrice

Désignation de la personne de confiance



Madame / Monsieur(le ou la résidente)

- peut désigner la personne de confiance
 ne peut pas désigner la personne de confiance

Si le nouveau résident ou la nouvelle résidente ne peut faire le choix de la personne de confiance :

Je soussigné Mr/Mme désigne Mr/Mme
Résidant à l'adresse :.....
 et étant joignable au : tél :.../.../.../.../... Ou au n° de mobile : .../.../.../.../... ; Comme étant
 la personne de confiance pour

Fait à

Le.....

Signature :

Recours au médiateur de la consommation

Pour toute question et tout sujet, le Directeur de l'Etablissement est votre interlocuteur privilégié. La directrice s'attache à mettre en place un espace de dialogue et d'échanges, et à associer les familles et les proches à la vie de l'établissement.

La directrice ainsi que l'équipe d'encadrement et l'administration sont à l'écoute de vos besoins et attentes. Plusieurs moyens sont mis à votre disposition pour exprimer vos demandes. Avec l'ensemble de son équipe, elle veillera à apporter une réponse individualisée à chacun.

Néanmoins dès lors qu'un litige de consommation n'a pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable auprès de l'établissement, **le Résident ou son Représentant Légal peut faire appel au médiateur de la consommation** dans le but de le résoudre à l'amiable avec l'établissement.

Le recours au médiateur de la consommation est gratuit pour le Résident ou son Représentant Légal.

Conformément à l'article L611-4 du Code de la consommation, sont exclus du champ de compétence du médiateur de la Consommation les litiges portant sur des questions médicales ou des questions relatives aux soins.

Le consommateur saisit l'entité de la Médiation de la Consommation AME par internet ou par courrier postal en complétant un formulaire mis à sa disposition sur le site et ce, accompagné des documents étayant sa demande.

Les coordonnées du médiateur de la consommation sont :

AME (Association des Médiateurs Européens), AME CONSO,
Angela ALBERT – Présidente
197 Boulevard Saint Germain
75007 Paris

Téléphone : 09.53.01.02.69

Mail : saisine@mediationconso-ame.com

Téléphone : 09 53 01 02 69

Site Internet : www.mediationconso-ame.com/

AIDE SOCIALE

Si le futur résident ne dispose pas de revenus suffisants pour faire face aux frais d'hébergement, il pourra demander la prise en charge des frais d'hébergements par l'aide sociale.

Le dossier de demande d'aide sociale doit être déposé au centre communal d'action sociale ou à la Mairie du domicile de l'intéressé (avant le placement).

En contrepartie, le résident devra reverser à l'établissement 90 % des pensions et retraites. Cette aide peut être totale ou partielle en fonction de la participation des obligataires alimentaires, suivant leurs revenus et charges déclarés lors de l'enquête sociale diligentée par les services départementaux.

La Directrice est à votre disposition pour toute information à ce sujet.

❖ PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE A LA DEMANDE D'AIDE SOCIALE

- bulletin d'entrée en établissement,
- grille GIR,
- modalités d'hébergement (1 lit, 2 lits, etc...),
- justificatif de l'adresse et situation avant l'entrée en établissement du postulant (locataire, propriétaire, hébergé, usufruitier, etc...),
- une copie du livret de famille régulièrement tenu à jour,
- une copie de la carte nationale d'identité ou de la carte de séjour recto verso,
- une copie des justificatifs de ressources du foyer : salaires, Assédict, retraites, pensions diverses, revenus fonciers, etc....
- copie de la notification de droit ou de rejet à l'allocation logement,
- avis d'imposition pour l'année,
- attestation patrimoniale et justificatifs de propriété (relevé cadastral) et actes notariés intégraux (donations, vente),
- attestation des avoirs bancaires et copie des comptes productifs d'intérêts (livret d'épargne, bons du Trésor, Sicav, etc...),
- nom, prénom et adresse des ascendants et descendants tenus à l'obligation alimentaire selon les articles 205 et suivants du Code Civil.

LISTE DES PRESTATIONS PROPOSÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR L'ANNÉE 2019

Prestations dont le choix est à déterminer lors de la signature du contrat

MAISON DE RETRAITE HABILITÉE PARTIELLEMENT A L'AIDE SOCIALE
Tarifs hébergement fixés annuellement par Monsieur le Président du Conseil
Départemental pour les bénéficiaires de l'aide sociale

<u>❖ TARIF HÉBERGEMENT</u>	<u>PAYANTS</u>	<u>AIDES SOCIAUX</u>
<i>Chambre individuelle</i>	65.54€/jour	61.12 € / jour
<i>Chambre individuelle</i> (Salle de bain partagée)	62.55€/jour	58.07 € / jour
<i>Chambre double</i>	60.19/ jour	55.01 € / jour
<u>❖ TARIF DÉPENDANCE</u>		
• <i>GIR 1-2</i>		21.08 € / jour
• <i>GIR 3-4</i>		13.38 € / jour
• <i>GIR 5-6</i>		5.68€ / jour

*Le tarif dépendance est fixé par le Président du Conseil Départemental.
Le GIR est fonction de l'état de dépendance du résident après évaluation médicale.*

<u>❖ TARIF UNIQUE POUR LES RÉSIDENTS DE MOINS DE 60 ANS 2019</u>	
• <i>Chambre individuelle</i>	79.73 € / jour
• <i>Chambre individuelle</i> (Salle de bain partagée)	75.75 € / jour
• <i>Chambre double</i>	71.75 € / jour
<u>❖ PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES</u>	

Frais postaux (selon tarif en vigueur de La Poste)

• <i>Prestation couture (couture étiquettes tissées)</i>	65.00 €
• <i>Repas accompagnant en semaine</i>	10.00 €
• <i>Repas accompagnant dimanche / jour férié</i>	12.00 €
• <i>Responsabilité civile annuelle</i>	21.00 €

MONTANT FORFAITAIRE du coût alimentaire fixé à 4 € / jour

TROUSSEAU CONSEILLÉ

Afin d'éviter tout désagrément, IL EST DEMANDE DE MARQUER TOUT LE LINGE avant l'entrée (les étiquettes tissées doivent être cousues) - PAS DE DAMART ainsi que les lunettes, cannes, appareil auditif et dentier si nécessaire et de signaler toutes modifications ou apport de linge nouveau à la lingerie.

Le linge doit être adapté au lavage et séchage en machine (pas de Damart ou de pure laine). En cas de non respect de cette consigne, l'établissement ne pourra être tenu responsable.

Un inventaire sera établi le jour de l'entrée avec la lingère de l'établissement.

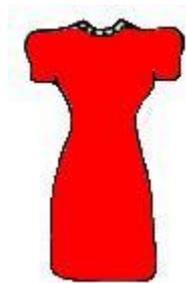
Nous préconisons le trousseau suivant :

10 slips ou culottes
 3 chemises de nuit ou pyjama
 8 paires de chaussettes ou collants
 2 robes de chambre
 2 paires de pantoufles (hiver et été)
 2 paires de chaussures
 6 chemisiers ou chemises
 4 sous pull
 6 pulls
 1 manteau
 1 écharpe
 2 gilets
 2 chapeaux ou casquettes
 6 mouchoirs
 6 serviettes de table
 6 bavoirs

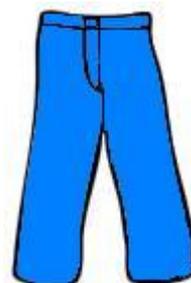


Après l'admission du nouveau résident ou de la nouvelle résidente, tout ajout de linge doit être signalé à l'accueil et inscrit dans l'inventaire dans le cadre du suivi du linge (en cas de renouvellement ou de perte).

Pour Madame : 4 foulards
 6 jupes
 5 robes
 3 pantalons
 Gaine
 6 maillots de corps
 6 soutient gorge



Pour Monsieur : 1 paire de bretelles
 1 ceinture
 4 tee shirts
 6 pantalons
 1 survêtement



❖ ACCESSOIRES

- Prothèse dentaire : mâchoire supérieure
- Prothèse dentaire : mâchoire inférieure
- Prothèse auditive droite
- Prothèse auditive gauche
- Trousseau de clés
- Briquets
- Rasoir
- Poste de TV
- Radio
- Canne
- Réveil
- Déambulateur
- Fauteuil roulant



❖ BIJOUX

- Montre
- Alliance
- Bague
- Médaille
- Chaîne
- Boucles d'oreilles
- Lunettes
- Lentilles



Après l'admission du nouveau résident ou de la nouvelle résidente, tout ajout de nouveaux meubles, d'accessoires, de bijoux (...) doit être signalé à l'accueil

❖ DIVERS

- Portefeuille
- Espèces
- Porte-monnaie
- Chéquiers : 1^{er} chèque n° / Dernier n°
- Carte d'identité
- Carte assurée social
- Carte mutuelle
- Valise
- Sac
- Sac à main



REMARQUE

.....

Fait par

CARACTÉRISTIQUES CERTIFIÉES



- Un projet d'établissement formalisé, validé, diffusé et actualisé.
- Un cadre de vie rassurant et sécurisant, aménagé pour le bien être des personnes âgées.
- Une prestation hôtelière en adéquation avec les besoins d'une clientèle hébergée en établissement d'hébergement pour personnes âgées.
- Le futur résident et sa famille sont accueillis et renseignés de façon exhaustive sur les modalités de fonctionnement de l'établissement et une visite leur est systématiquement proposée.
- Le jour d'arrivée, la personne âgée est attendue et accueillie par le responsable de l'établissement.
- Pendant les premiers jours, la personne âgée est accompagnée et associée progressivement à la vie de l'établissement.
- La circulation des résidents est libre et facilitée pour les personnes nécessitant une aide.
- Les résidents sont encouragés à s'exprimer et à participer à la vie de l'établissement.
- 5 jours par semaine, l'établissement organise des activités variées, adaptées au niveau de dépendance et aux souhaits des résidents.
- Les résidents et les proches sont informés régulièrement sur la vie de l'établissement.
- La famille et les proches sont les bienvenus à tout moment et informés sur le bien être des résidents.
- Les résidents peuvent communiquer avec l'extérieur simplement et rapidement, de manière autonome.
- Un personnel formé régulièrement, dont la préoccupation est centrée sur le bien être des résidents.
- Les locaux et les équipements sont adaptés aux besoins évolutifs des résidents.
- Une organisation médicale et paramédicale qui garantit la sécurité, la qualité et la continuité des soins aux résidents.
- Une démarche de prévention et de maintien de l'autonomie est assurée.
- Les résidents atteints de troubles psychiques font l'objet d'une évaluation et d'une prise en charge adaptée à leur état.
- Un accompagnement de fin de vie assuré dans la dignité et le respect des convictions du résident.
- Une démarche de prévention des risques de maltraitance est assurée.
- Un suivi annuel de la satisfaction des résidents et de leurs proches, et un traitement systématique des dysfonctionnement identifiés.
- Une mise en place de l'analyse de ses pratiques.
- La sollicitation chaque quadrimestre de l'avis de chaque partie intéressée sur le fonctionnement de l'établissement.
- Des engagements spécifiques aux unités spécialisées aux maladies d'Alzheimer ou apparentés.
 - Un projet spécifique et formalisé intégré au projet d'établissement
 - Une architecture, des espaces de vie spécifiquement organisés
 - Une politique d'admission et de sortie de l'unité formalisée
 - Du personnel pluridisciplinaire et formé
 - Une intégration au réseau local



Certificat N°8154
Version 1
Page 2
Édité le 17/04/2019

Qualicert est la Marque de certification de Service de SGS ICS SAS
29, avenue Aristide Briand – 94111 ARCUEIL Cedex
Téléphone : 01.41.24.86.54 Télécopieur : 01.41.24.89.96 www.fr.sgs.com/certification
SAS au capital de 200 000 € R.C.S Créteil 403 293 103 – APE 7120 B

EHPAD LES ROSES – 28 Avenue de Cintegabelle – 31560 CALMONT
Tél : 05 61 08 10 56 – Fax : 05 61 08 32 48 – Email : maisonretraite.lesroses@orange.fr



www.qualicert.fr

CHARTRE DES DROITS ET DES LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

(Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et des libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles)

Article 1^{er}

Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristique génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3

Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4

Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- 1) La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptés qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2) Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- 3) Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médicaux-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

LORSQU'IL SERA ADMIS PAR TOUS QUE LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ONT DROIT AU RESPECT ABSOLU DE LEUR LIBERTÉS D'ADULTE ET DE LEUR DIGNITÉ D'ÊTRE HUMAIN, CETTE CHARTE SERA APPLIQUÉE DANS SON ESPRIT.

ARTICLE I – CHOIX DE VIE

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

ARTICLE II – DOMICILE ET ENVIRONNEMENT

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

ARTICLE III – UNE VIE SOCIALE MALGRÉ LES HANDICAPS

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

ARTICLE IV – PRÉSENCE ET RÔLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

ARTICLE V – PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

ARTICLE VI – VALORISATION DE L'ACTIVITÉ

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à garder ses activités.

ARTICLE VII – LIBERTÉ DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

ARTICLE VIII – PRÉSERVER L'AUTONOMIE ET PRÉVENIR

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

ARTICLE IX – DROIT AUX SOINS

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

ARTICLE X – QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

ARTICLE XI – RESPECT DE FIN DE VIE

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

ARTICLE XII – LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

ARTICLE XIII – EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés, non seulement ses biens, mais aussi sa personne.

ARTICLE XIV – L'INFORMATION, MEILLEUR MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

BORDEREAU DE REMISE DES PIÈCES

Je soussigné(e)

Représentant de

Atteste avoir reçu de la Maison de Retraite Les Roses les pièces suivantes nécessaire à l'entrée :

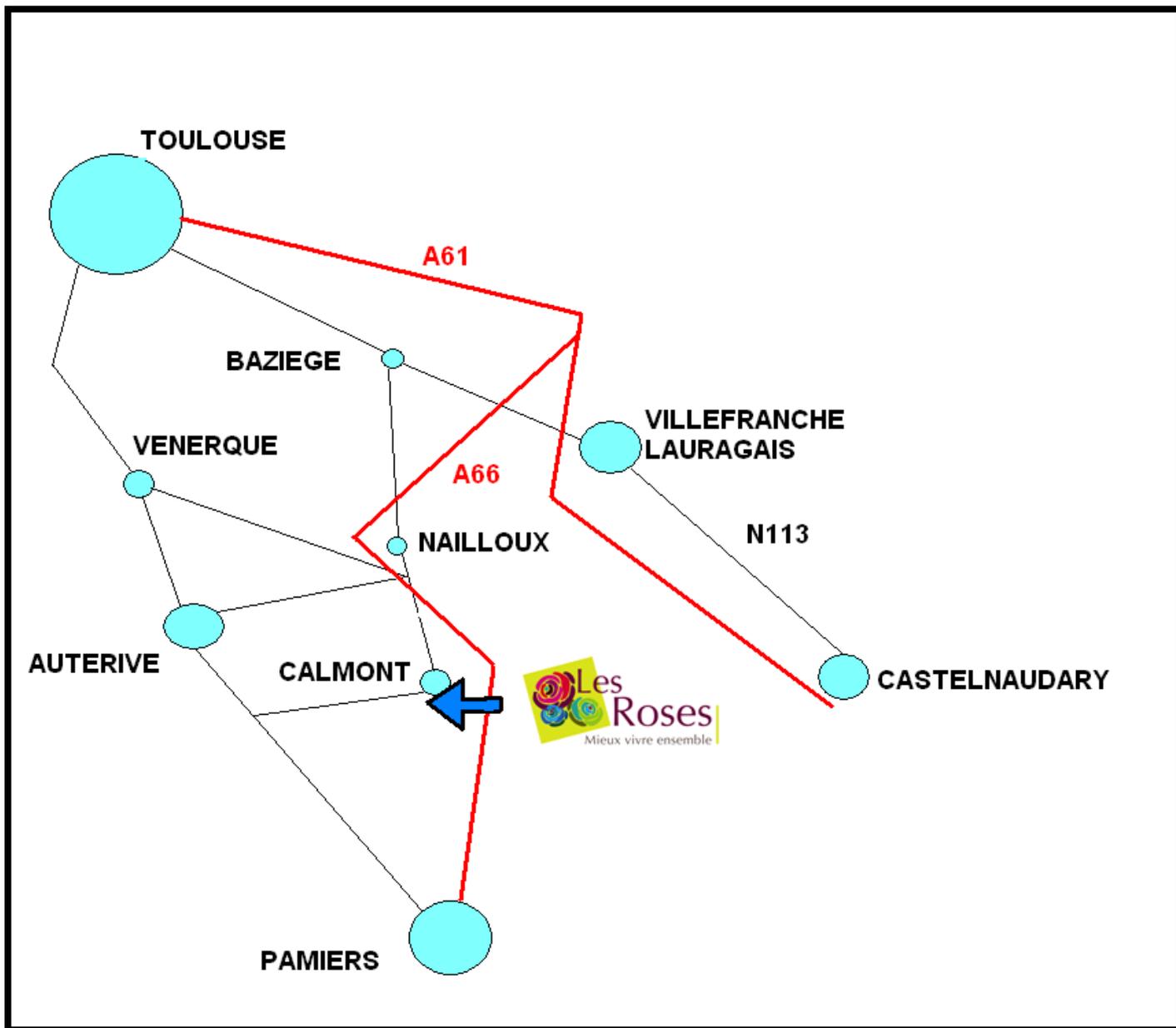
- Dossier d'inscription (partie administrative et médicale)
- Plaquette de l'établissement
- Règlement de fonctionnement et Contrat de Séjour
- Liste des documents à fournir à l'entrée
- Fiche de complément d'information
- Autorisation de participation aux sorties
- Autorisation de diffusion d'images
- Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante
- Charte des droits et des libertés de la personne accueillie
- Certificat de Certification de Services Qualicert conformément au référentiel « Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - RE/UPA »
- Je certifie avoir pris connaissance qu'un bilan dentaire sera effectué suite à l'entrée du résident dans l'établissement.
- Désignation de la personne de confiance.

Calmont,

Le.....

Signature :

ITINÉRAIRE



Remarques ou compléments d'informations :

.....

.....

.....

.....

.....