

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre demande d'admission au sein de notre établissement, nous vous conseillons vivement de vous inscrire sur internet : <https://trajectoire.sante-ra.fr> ViaTrajectoire est un service public gratuit, confidentiel et sécurisé. Pensé pour simplifier votre admission en maison de retraite.

Si toutefois vous rencontrez des difficultés sur internet, veuillez trouver ci-joint les formulaires à compléter :

- le volet administratif, y indiquer si vous choisissez une chambre double ou particulière dans les commentaires,
- le volet médical accompagné du formulaire choix du Médecin Traitant.

Nous vous prions de bien vouloir nous retourner le dossier de demande d'admission accompagné des photocopies des pièces justificatives suivantes :

- carte nationale d'identité,
- livret de famille,
- dernier avis d'imposition,
- carte vitale,
- carte mutuelle,
- attestation de droits à l'assurance maladie,
- certificat de vaccination Covid (QR code UE) dans le cadre du pass sanitaire,
- RIB (Relevé d'Identité Bancaire),
- notification d'attribution de l'APA à domicile pour les résidents ne provenant pas du Doubs (Allocation Départementale d'Autonomie) ou de l'ACTP (Allocation Compensatrice Tierce Personne) si vous la percevez,
- carte d'invalidité et dernière décision de la MDPH.

Nous vous prions également de compléter les pièces jointes :

- caution solidaire,
- mandat de prélèvement,
- autorisation de diffusion de mon image,
- demande de prestation(s) supplémentaire(s).

Vous pouvez prendre contact au **03.81.93.54.00** avec **Mme Caroline MUOT** ou **Mme Corinne DILLY**, **Infirmières coordinatrices** afin de convenir d'un rendez-vous pour déposer ces documents. Elles pourront ainsi répondre à toutes vos questions.

Nous vous joignons nos tarifs. Vous trouverez sur <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr> les précisions sur comment «comprendre sa facture en EHPAD», les prises en charge et aides possibles.

Dès réception du dossier, il sera présenté à la commission d'admission. Si votre dossier est accepté, nous le ferons prendre rang sur la liste d'attente. Le délai d'admission est variable. Il dépend des places laissées disponibles par les départs des résidents présents.

Au moment de l'entrée dans notre établissement, nous vous demanderons également : un chèque de dépôt de garantie de **2 000 €** que nous encaisserons, et que nous vous rembourserons à la sortie.

Les visites sont possibles aux horaires d'ouverture de l'établissement de 10h à 20h. Il est possible de rester la nuit pour les proches qui souhaitent accompagner leur parent en fin de vie.

L'utilisation des postes de radio ou téléviseurs est autorisée dans les chambres, mais doit rester discrète.

Il est interdit de fumer à l'intérieur de l'établissement et de stocker de la nourriture entamée dans les armoires.

Les vêtements et effets personnels (nécessaire de toilette : savon, gel douche, shampoing, dentifrice, brosse à dents, gobelet, rasoir, sèche cheveux, mouchoirs en papier...) sont fournis par le résident.

Tous les vêtements doivent être marqués au nom et prénom du résident. L'établissement peut vous proposer de marquer gratuitement le linge du résident lors de son entrée.

Les vêtements des résidents (robes, jupes, gilets, pantalons... en coton, acrylique ou polyester) devront **être lavables en machine**, nous déclinons toute responsabilité quand aux accidents qui pourraient arriver au lavage. Les vêtements thermolactyl, rovy'l'coton, soie, laine vierge, woolmark ne seront pas acceptés.

### **TROUSSEAU RECOMMANDE :**

Slips ou culottes : 10 *(si pas de protections)*

Pyjamas ou chemises de nuit : 6

Chemises de corps : 6

Pulls en acrylique : 3

Gilets en acrylique : 2

Chemises/iers ou Tee-shirts : 6

Pantalons **et/ou** robes/jupes : 6 *(voir avec les habitudes de la personne)*

Paires de chaussettes **et/ou** collants/bas : 8

Peignoir ou robe de chambre *(pour personne valide)*

Une paire de pantoufles

Veste et manteau selon la saison

Echarpe et foulard

Chapeau, casquette, bonnet *(Voir en fonction des saisons)*

Petit sac de voyage en toile

Pour les dames, penser à ajouter :      Soutiens-gorge : 5

Combinaisons en coton ou nylon : 3

### **Responsabilité civile - vie privée des résidents**

Notre assurance s'applique à défaut ou en complément des polices d'assurances personnelles des résidents, pour les dommages causés aux tiers. Néanmoins, une franchise de 100 € sera appliquée.

Nous restons à votre entière disposition pour toutes informations complémentaires. Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

**M. Ivan LAINE**

**Directeur**

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE  
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de dépôt :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ**

| Hébergement permanent                                                                            | Hébergement temporaire                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____                                                     | Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____                                        |
| Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                            | Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>               |
| Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                      | Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>         |
| Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>              | Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____                                                | Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____                                   |
|                                                                                                  | Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : ____                               |
| Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |                                                                                     |

| Accueil de jour                                                                                                                   | Accueil de nuit                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____                                                                                      | Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____                                                                        |
| Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                                                             | Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                                               |
| Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                                                       | Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                                         |
| Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                                               | Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                                 |
| Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____                                                                                 | Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____                                                                   |
| Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : ____ / ____ | Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : ____ / ____ |
| Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                                  |                                                                                                                     |

**Commentaire de l'établissement**

## 2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

**Attention :** Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>. Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

### Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif :** il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.) ;  
Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal.
- **un volet médical :** il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes<sup>1</sup> :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Justificatifs attestant du montant de retraite
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

**Vous pouvez également consulter le site internet [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.**

Ce document Cerfa pourra alimenter le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (via trajectoire le cas échéant).

**NB :** Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

<sup>1</sup> Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

# DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

## 1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

**Civilité :** Monsieur ☐ Madame ☐

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

### Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire ☐ Vie maritale ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf (vé) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfant(s) : \_\_\_\_\_

Présence d'un aidant<sup>1</sup> : OUI ☐ NON ☐

Désignation d'une personne de confiance<sup>2</sup> : OUI ☐ NON ☐

Existence d'un animal de compagnie : OUI ☐ NON ☐

## 2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile ☐ Chez enfant/proche ☐ Résidence autonomie ☐ Résidence service seniors ☐ Long séjour ☐

EHPAD ☐ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

### Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>2</sup> La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles (D. 311-0-4 CASF)).

**Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)**

SAAD<sup>1</sup> ☐ SSIAD<sup>2</sup> ☐ SPASAD<sup>3</sup> ☐ Accueil de jour ☐ HAD ☐ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : \_\_\_\_\_

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA...)<sup>4</sup> ? OUI ☐ NON ☐

**Contexte de la demande d'admission** (Toute information utile à préciser)

**3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

- La personne concernée elle-même : OUI ☐ NON ☐ (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI ☐ NON ☐ (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Personne A : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

**Adresse 1**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI ☐ NON ☐

Personne de confiance : OUI ☐ NON ☐

Personne B : Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

**Adresse 2**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Proche aidant : OUI ☐ NON ☐

Personne de confiance : OUI ☐ NON ☐

<sup>1</sup> SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

<sup>2</sup> SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

<sup>3</sup> SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

<sup>4</sup> Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

#### 4. PROTECTION JURIDIQUE

**Mesure de protection juridique** : OUI ☐ NON ☐ EN COURS<sup>1</sup> ☐

Si OUI, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Habilitation familiale<sup>2</sup> ☐

Mandat de protection future<sup>3</sup> actif<sup>4</sup> ☐ non actif ☐

#### **État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale**

**Civilité** : Monsieur ☐ Madame ☐

**Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné**

**Nom de naissance**

**Prénom(s), s'il s'agit d'une personne**

**Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

#### **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### 5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

**Un médecin traitant a-t-il été désigné ?** : OUI ☐ NON ☐

Si OUI :

Nom

Prénom

|  |
|--|
|  |
|  |

#### **Adresse**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

<sup>2</sup> L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

<sup>3</sup> Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

<sup>4</sup> Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

**6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)**

**Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?**

- Seule ☐
- Obligés alimentaires ou autres tiers ☐
- Caisse de retraite : ☐ Précisez : \_\_\_\_\_
- Aide sociale à l'hébergement : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI ☐ NON ☐ DEMANDE EN COURS ☐
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI ☐ NON ☐
- Prestation pour tierce personne : OUI ☐ NON ☐

**AUTRES COMMENTAIRES**

**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.

# DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

**Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil**

**Civilité :** Monsieur ☐ Madame ☐

Demande urgente OUI ☐ NON ☐

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

**Médecin qui renseigne le dossier**

**Nom – prénom :**

**Adresse :**

**N° de téléphone :**

**Contexte de la demande (cocher la mention utile)**

**Soutien à domicile difficile<sup>1</sup>** ☐

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) ☐, le cas échéant indiquez la date de sortie : \_\_\_\_\_

Changement d'établissement ☐

**La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée** OUI ☐ NON ☐

Si oui, dans quel service ? \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées<sup>2</sup> ? OUI ☐ NON ☐

**Un médecin traitant a-t-il été désigné ?** : OUI ☐ NON ☐

**Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)**

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,  
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI ☐ NON ☐

**Coordonnées du médecin spécialiste :**

<sup>1</sup> Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

<sup>2</sup> Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_professionnels\\_v11\\_actualisation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf)

**Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques**
**Pathologies actuelles et état de santé<sup>1</sup>**

 ALD : OUI ☐ NON ☐

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

 Amaigrissement  
récent<sup>2</sup>

Oui

Non

| Conduite<br>addictive                                                                                            | Oui | Non |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Si OUI, précisez laquelle :                                                                                      |     |     |
| Si OUI, précisez si elle est en<br>cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/><br>NON <input type="checkbox"/> |     |     |

| Déficiences<br>sensorielles <sup>3</sup>                                                                                                                                | Oui | Non |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Si OUI, précisez<br>laquelle :                                                                                                                                          |     |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- visuelle ;</li> <li>- auditive</li> <li>- gustative</li> <li>- olfactive</li> <li>- vestibulaire</li> <li>- tactile</li> </ul> |     |     |

| Rééducation                                                                                                               | Oui | Non |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Si OUI, précisez<br>laquelle :                                                                                            |     |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinésithérapie</li> <li>- Orthophonie</li> <li>- Autre<br/>(précisez)</li> </ul> |     |     |

Risque de chute

Oui

Non

 Risque de fausse  
route

Oui

Non

Soins palliatifs

Oui

Non

<sup>1</sup> Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

<sup>2</sup> Perte de poids :  $\geq 5\%$  en 1 mois, ou  $\geq 10\%$  en 6 mois (HAS 2007).

<sup>3</sup> Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

|                                      |             |     |                    |
|--------------------------------------|-------------|-----|--------------------|
| Allergies                            | Oui         | Non | si oui, précisez : |
|                                      |             |     |                    |
| Portage de bactérie multi résistante | Oui         | Non | si oui, précisez : |
|                                      | Ne sait pas |     |                    |
|                                      |             |     |                    |

| Données sur l'autonomie                      |               | A <sup>1</sup> | B <sup>2</sup> | C <sup>3</sup> | Symptômes comportementaux et psychologiques <sup>4</sup> | Oui                           | Non |
|----------------------------------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------|-----|
| Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher) |               |                |                |                | Idées délirantes                                         |                               |     |
| Déplacement                                  | À l'intérieur |                |                |                | Hallucinations                                           |                               |     |
|                                              | À l'extérieur |                |                |                | Agitation, agressivité                                   |                               |     |
| Toilette                                     | Haut          |                |                |                | Dépression, dysphorie                                    |                               |     |
|                                              | Bas           |                |                |                | Anxiété                                                  |                               |     |
| Elimination                                  | Urinaire      |                |                |                | Exaltation de l'humeur/dysphorie                         |                               |     |
|                                              | Fécale        |                |                |                | Apathie, indifférence                                    |                               |     |
| Habillage                                    | Haut          |                |                |                | Désinhibition                                            |                               |     |
|                                              | Moyen         |                |                |                | Irritabilité/Instabilité de l'humeur                     |                               |     |
|                                              |               |                |                |                | Comportement moteur aberrant :                           |                               |     |
|                                              |               | Bas            |                |                |                                                          | - déambulations pathologiques |     |
| Alimentation                                 | Se servir     |                |                |                | - gestes incessants                                      |                               |     |
|                                              | Manger        |                |                |                | - risque de sorties non accompagnées                     |                               |     |
| Alerter                                      |               |                |                |                | Troubles du sommeil                                      |                               |     |
| Orientation                                  | Temps         |                |                |                | Troubles de l'appétit                                    |                               |     |
|                                              | Espace        |                |                |                |                                                          |                               |     |
| Cohérence                                    | Communication |                |                |                |                                                          |                               |     |
|                                              | Comportement  |                |                |                |                                                          |                               |     |

| Soins techniques      | Oui | Non |
|-----------------------|-----|-----|
| Oxygénothérapie       |     |     |
| - Continue            |     |     |
| - Non continue        |     |     |
| Sondes d'alimentation |     |     |
| Sondes trachéotomie   |     |     |
| Sonde urinaire        |     |     |
| Gastrostomie          |     |     |

| Appareillages                     | Oui | Non |
|-----------------------------------|-----|-----|
| Fauteuil roulant                  |     |     |
| Lit médicalisé                    |     |     |
| Matelas anti-escarres             |     |     |
| Déambulateur / canne              |     |     |
| Orthèse                           |     |     |
| Prothèse (dont prothèse dentaire) |     |     |
| Pacemaker                         |     |     |
| Autres (précisez) :               |     |     |

| Pansements ou soins cutanés | Oui | Non |
|-----------------------------|-----|-----|
| - Soins d'ulcère            |     |     |
| - Soins d'escarres          |     |     |
| Localisation :              |     |     |
| Stade :                     |     |     |

<sup>1</sup> A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

<sup>2</sup> B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

<sup>3</sup> C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

<sup>4</sup> Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/Instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

|                                                              |  |  |
|--------------------------------------------------------------|--|--|
| Colostomie                                                   |  |  |
| Urétérostomie                                                |  |  |
| Appareillage ventilatoire/<br>ventilation non-invasive (VNI) |  |  |
| Chambre implantable / PICC Line                              |  |  |
| Dialyse péritonéale                                          |  |  |
| Pompe ( <i>morphine, insuline, ...</i> )                     |  |  |

|                                         |
|-----------------------------------------|
| Durée du soin :                         |
| Type de pansement ( <i>préciser</i> ) : |

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin

Le résident est libre de choisir son médecin traitant. A son entrée, le résident doit nous informer de son souhait. Il peut soit garder son médecin traitant du domicile avec son accord préalable soit faire appel à un médecin généraliste de son choix, extérieur à l'EHPAD. C'est pourquoi, nous vous prions de bien vouloir nous transmettre ce document complété.

**Partie à faire remplir par le médecin traitant :**

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_

déclare continuer à suivre M., Mme, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ durant son admission

à l'EHPAD Les Amis des Vieillards situé 23 rue de Sainte Marie 25750 DESANDANS.

☐ **OUI**

☐ **NON**

Date : \_\_\_\_\_

Signature



# Directives anticipées

---

*J'exprime par écrit mes volontés pour ma fin de vie.*

1

## Présentation<sup>1</sup>

### Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

► **Deux modèles sont proposés, selon que vous êtes actuellement bien portant ou atteint d'une grave maladie :**

Il n'est pas obligatoire de remplir tous les items du modèle et de désigner une personne de confiance. Il est possible de joindre d'autres pages si le document n'offre pas assez d'espace.

- un modèle A pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave
- un modèle B pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave.

L'utilisation d'un de ces modèles n'est pas obligatoire. Mais elle vous est recommandée afin de vous aider à exprimer clairement vos volontés.

---

<sup>1</sup> Si vous souhaitez prendre connaissance des textes légaux à ce sujet, ils figurent aux articles L. 1111-11, R. 1111-18 et R. 1111-19 du code de la santé publique. Ils sont accessibles sur le site internet : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

► **Est-il possible d'exprimer des souhaits ou des volontés autres que les volontés de nature médicale qui sont mentionnées dans les modèles A et B ?**

Oui et la fiche numéro ③ vous est proposée à cet effet. Mais sachez que la loi a prévu que seules vos volontés de nature médicale constitueront des directives obligatoires pour les médecins qui s'occuperont de vous à la fin de votre vie. Par conséquent, ce que vous écrirez dans la fiche numéro ③ pourra être une information utile pour le médecin, mais ce ne sera pas une directive au sens de la loi.

► **Avec qui en parler ?**

Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans la rédaction de vos directives. Il pourra vous aider à envisager les diverses situations qui peuvent se présenter en fin de vie. Il pourra vous expliquer les traitements possibles, leur efficacité, leurs limites ou leurs désagréments. Cela pourra éclairer votre choix.

Vous pouvez aussi vous rendre sur le site de la Haute Autorité de Santé qui donne des informations et des conseils pour rédiger vos directives anticipées : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Vous pouvez également en parler avec votre personne de confiance, personne qui est en mesure de témoigner de vos volontés, avec d'autres professionnels de santé, avec des associations ou avec des proches en qui vous avez confiance.

► **Le médecin devra-t-il respecter vos directives ?**

Oui, c'est la loi : le médecin de même que tout autre professionnel de santé devra respecter les volontés exprimées dans vos directives anticipées, s'il arrive un jour que vous ne soyez plus en état de vous exprimer. Il ne pourra passer outre vos directives que dans les cas exceptionnels prévus par la loi<sup>2</sup>.

► **Après avoir rédigé des directives, est-il possible de les modifier ?**

Oui. Les directives anticipées sont valables sans limite de temps mais vous pourrez toujours, à tout moment, les modifier dans le sens que vous souhaitez. En présence de plusieurs directives anticipées, le document le plus récent fera foi.

► **Où conserver vos directives ?**

Il est important qu'elles soient facilement accessibles.

Quel que soit votre choix, informez votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation. Ainsi, le jour venu, le médecin qui vous accompagnera lors de la fin de votre vie saura où trouver vos directives afin de les mettre en œuvre.

---

<sup>2</sup> La loi prévoit deux cas :

- Le cas d'urgence vitale. Le médecin peut alors ne pas mettre en œuvre vos directives pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation
- Le cas où les directives paraissent manifestement inappropriées ou non-conformes à votre situation médicale.

Si un « dossier médical partagé »<sup>3</sup> a été créé à votre nom, il vous est recommandé d'y faire enregistrer vos directives anticipées car elles seront ainsi aisément consultables en cas de besoin. Parlez-en à votre médecin.

Si vous ne disposez pas d'un « dossier médical partagé », vous pouvez confier vos directives anticipées à votre médecin qui les conservera dans le dossier qu'il a constitué à votre nom.

Dans le cas où vous seriez hospitalisé pour une maladie grave ou dans le cas où vous seriez admis dans un établissement pour personnes âgées, vous pouvez confier vos directives à cet hôpital ou à cet établissement. Il les intégrera dans le dossier ouvert à votre nom.

Enfin, vous pouvez également confier vos directives à votre « personne de confiance », à un membre de votre famille ou à un proche. Vous pouvez aussi les conserver chez vous et/ou avoir sur vous une indication du lieu de leur conservation.

Dans le cas où vous choisissez de conserver vos directives dans votre « dossier médical partagé » ou dans un dossier médical, n'oubliez pas d'informer les proches concernés (votre « personne de confiance » ou, dans le cas particulier prévu par la fiche ⑤ ci-après, vos témoins) que leurs noms et coordonnées personnelles y sont inscrits. De même, si ces dossiers mentionnent qu'une personne est détentrice de vos directives anticipées, n'oubliez pas de l'informer que ses noms et coordonnées personnelles y sont inscrits.

**L'essentiel, répétons-le, est que vous informiez votre médecin et vos proches que vous avez rédigé des directives anticipées en leur indiquant où elles sont conservées. Ainsi vous serez assuré que, lors de votre fin de vie, vos volontés seront respectées.**

Bien entendu, dans tous les cas, même si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin qui s'occupera de vous lors de votre fin de vie aura le devoir de faire tout son possible pour vous éviter de souffrir.

\*\*\*\*\*

Les fiches ci-jointes vous proposent aussi de désigner votre « personne de confiance », si vous ne l'avez pas déjà fait. (Cf. fiche ⑤ ci-après).

---

<sup>3</sup> Le dossier médical partagé est un dossier numérisé qui peut être créé, avec votre consentement, afin de recueillir les informations médicales vous concernant. Si vous avez décidé de le créer, il est géré par l'assurance maladie. Pour plus de précisions, parlez-en à votre médecin.

2

## Mon identité

Nom et prénoms : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Domicilié(e) à : .....

.....

Si je bénéficie d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne :

- |                               |                              |                              |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - j'ai l'autorisation du juge | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - du conseil de famille       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

3

## Informations ou souhaits que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant sur la fiche 4 ci-après

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles ci-après, le médecin qui s'occupera de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours),

Je les écris ici :

Fait le ..... à .....

**Signature**

4

## Mes directives anticipées

### Modèle A

→ ***Je suis atteint d'une maladie grave***

→ ***Je pense être proche de la fin de ma vie***

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....  
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

► J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : .....
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : .....
- Une intervention chirurgicale : .....
- Autre : .....

► Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : .....
- Dialyse rénale : .....
- Alimentation et hydratation artificielles : .....
- Autre : .....

- Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....  
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....  
.....

Fait le ..... à .....

**Signature**

## Mes directives anticipées

### Modèle B

→ **Je pense être en bonne santé**

→ **Je ne suis pas atteint d'une maladie grave**

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Fait le ..... à .....

Signature

5

## Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

**Témoin 1 :** Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

Qualité : .....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou M<sup>me</sup> .....

Fait le ..... à .....

**Signature**

**Témoin 2 :** Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

Qualité : .....

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou M<sup>me</sup> .....

Fait le ..... à .....

**Signature**

6

## Nom et coordonnées de ma personne de confiance<sup>4</sup>

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « **personne de confiance** ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....  
.....

désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms : .....

Domicilié(e) à : .....

Téléphone privé : ..... Téléphone professionnel : .....

Téléphone privé : ..... Email : .....

► Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés 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 le ..... à .....

**Votre signature**

**Signature de la personne de confiance**

<sup>4</sup> au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique

7

## Modification ou annulation de mes directives anticipées

Je soussigné(e)

Nom et prénoms : .....

► Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à votre médecin, à l'hôpital ou à l'établissement médicosocial qui les a conservées de supprimer ou détruire les précédentes. Si elles ont été enregistrées sur votre dossier médical partagé, vous pouvez en enregistrer de nouvelles. Seul le document le plus récent fait foi.

► Ou : **Déclare annuler mes directives anticipées datées du** .....

Fait le ..... à .....

**Signature**

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées comme le prévoit le cas particulier décrit au 5



# CAUTION SOLIDAIRE

Monsieur/Madame (*nom et prénoms*).....

né(e) le : ...../...../.....

à .....

demeurant (*adresse complète*) .....

.....  
agissant en qualité de (*lien de parenté*) .....

déclare par la présente donner à l'Association Les Amis des vieillards, domiciliée 23, rue de Sainte Marie 25750 DESANDANS, qui l'accepte, sa caution personnelle, solidaire et indivisible pour le remboursement ou le paiement de toutes sommes qui peuvent ou pourront être dues à l'association Les Amis des Vieillards par

M.....

résident(e) au sein des *Amis des Vieillards*, suite au contrat de séjour signé ce jour auquel est annexé le présent engagement.

Ces sommes seront à majorer de tous intérêts, frais et accessoires qui peuvent ou pourront être dus à l'association Les Amis des Vieillards au titre du contrat de séjour ci-joint.

Le présent engagement deviendra exécutoire de plein droit et sans mise en demeure, dès que la créance de l'Association sur le Résident sera elle-même exigible. Il est conclu pour une durée de 20 ans, les décomptes se faisant mensuellement jusqu'au départ du Résident. Il continuera de produire ses effets jusqu'au départ du Résident de l'établissement, par retour à son domicile, hospitalisation ou autrement.

Le soussigné renonce expressément au bénéfice de discussion et de division. En conséquence, l'Association pourra demander au soussigné tout paiement au titre du présent engagement sans avoir à poursuivre préalablement le Résident, ni à exercer quelque poursuite que ce soit à l'encontre de tout tiers qui se serait porté également garant du Résident sous quelque forme que ce soit, ou encore qui serait lui-même débiteur du Résident.

Aux fins d'obtenir le paiement au titre du présent engagement, l'Association pourra exercer des poursuites judiciaires sur la totalité des biens meubles et immeubles présents et avenir du soussigné.

Le soussigné s'interdit d'invoquer toute subrogation et de prendre toute mesure qui aurait pour résultat de le faire venir en concours avec l'Association, tant que cette dernière ne sera pas remboursée de la totalité de ses créances sur le Résident.

Le soussigné ne pourra se prévaloir des délais de paiement accordés expressément ou tacitement par l'Association au Résident.

Toutes les dispositions du présent engagement conserveront leur plein effet quelle que soit l'évolution de la situation financière ou juridique du Résident. Ainsi, la modification ou la disparition des liens de fait ou de droit pouvant exister à ce jour entre le soussigné et le Résident ne seront pas susceptibles d'entraîner la déchéance du présent engagement.

Il y aura solidarité et indivisibilité entre tous les héritiers et ayants droit de la caution pour l'exécution des obligations résultant du présent engagement. En conséquence, l'Association pourra demander à n'importe lequel des héritiers le paiement de la totalité des sommes qu'elle eût été en droit d'exiger du soussigné sans qu'une division de ses recours puisse lui être imposée.

Tous les frais, droits et pénalités auxquels donneront lieu le présent engagement et son exécution seront supportés par le soussigné qui s'y oblige, y compris les frais d'enregistrement en cas d'accomplissement de cette formalité.

L'accomplissement de la formalité d'enregistrement est laissé à la convenance de l'Association Les Amis des Vieillards.

Fait à Désandans, le

Pour l'Association Les Amis des Vieillards<sup>1</sup>

La Caution<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Faire précéder la signature par la mention manuscrite suivante : « *Bon pour acceptation du cautionnement* »

<sup>2</sup> Faire précéder la signature par la mention manuscrite suivante : « *Bon pour caution solidaire et indivisible de toute somme en principal, à majorer de tous intérêts, frais et accessoires, qui serait due en exécution du contrat de séjour conclu entre l'Association et M....., pour un tarif hébergement initial de ...euros/jour et un ticket modérateur dépendance de ...euros/jour. Le tarif hébergement variera ensuite annuellement, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, selon un pourcentage fixé par le Ministère chargé de l'économie et des Finances. Le tarif dépendance est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental. Je reconnais la nature et l'importance de mon engagement dont la durée stipulée est 20 ans* »

# MANDAT de Prélèvement SEPA

LES AMIS DES VIEILLARDS

Référence Unique du Mandat : .....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **Les Amis des Vieillards** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte. Vous autorisez également votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Les Amis des Vieillards**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

**Veuillez compléter les champs marqués \***

Nom et prénom du titulaire du compte \* : .....

Votre adresse \* .....

\* CP : ..... \* Ville : .....

\* Pays : .....

Les coordonnées de votre compte

\* IBAN : FR.....  
Numéro d'identification international du compte bancaire (International Bank Account Number)

\* BIC : .....  
Code international d'identification de votre banque (Bank Identifier code)

Nom du créancier **Les Amis des Vieillards**

I.C.S **FR16ZZZ470075**

23 rue de Sainte Marie  
25750 DESANDANS  
FRANCE

Type de paiement : \* Paiement récurrent / répétitif



Paiement ponctuel



Signé à \* .....

.....

Lieu

Date JJ MM AAAA

Signature(s) : \* Veuillez signer ici

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à : Les Amis des Vieillards

Service Comptabilité

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

**Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire**





## Autorisation de diffusion de mon image

**Nom Prénom du résident :** \_\_\_\_\_

**Nom Prénom du représentant légal :** \_\_\_\_\_

1) Autorise l'Association Les Amis des Vieillards à faire paraître mon image sur le support informatique NetSoins afin de renseigner au mieux mon dossier médical et mon projet personnalisé\*.

Oui ☐

Non ☐

2) Autorise le personnel de Béthanie-Béthesda à diffuser mon image sur les différents supports internes (poste tv, affiches...)\*.

Oui ☐

Non ☐

3) Autorise le personnel de Béthanie-Béthesda à utiliser mon image sur le site internet de l'Association Les Amis des Vieillards [www://ladv.fr](http://www://ladv.fr) destiné à promouvoir la vie socio-culturelle de l'établissement\*.

Oui ☐

Non ☐

\* **Merci de cocher la case correspondant à votre choix.**

Je ne recevrai aucune compensation financière pour les prises de vue.

Fait, le \_\_\_\_\_ Signature du résident et/ou du représentant légal



Si vous souhaitez faire intervenir le pédicure-podologue ou le coiffeur, dont l'intervention vous sera facturée en sus des frais d'hébergement, merci de compléter ce formulaire.

**Nom Prénom du résident :** \_\_\_\_\_

**Nom Prénom du représentant légal :** \_\_\_\_\_

*Merci de cocher les cases correspondant à votre choix.*

| PEDICURE-PODOLOGUE       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Je ne souhaite pas l'intervention du pédicure-podologue                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Je souhaite l'intervention du pédicure-podologue si prescription médicale faite <b>(uniquement pour les personnes diabétiques)</b> . En cas de demande de rajout de soins supplémentaires à la prescription, merci de nous préciser ci-après le nombre de soins à ajouter par an : _____ |
| <input type="checkbox"/> | Je souhaite l'intervention du pédicure-podologue *                                                                                                                                                                                                                                       |
| *Fréquence souhaitée :   | <input type="checkbox"/> Tous les 2 mois                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          | <input type="checkbox"/> Tous les 4 mois                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          | <input type="checkbox"/> Tous les 6 mois                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          | <input type="checkbox"/> Si, autre préciser _____                                                                                                                                                                                                                                        |

| COIFFEUR                                                                                                                     |                                                                              |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Tous les tarifs sont affichés dans le hall d'entrée ainsi qu'à l'entrée du bureau des soignant(e)s de chaque service.</i> |                                                                              |                                                                                  |
| n°                                                                                                                           | FORFAIT                                                                      | Fréquence souhaitée/an                                                           |
| 1                                                                                                                            | Coupe femme (shampooing normal + coupe + mise en plis + brushing)            |                                                                                  |
| 2                                                                                                                            | Coupe homme                                                                  |                                                                                  |
| 3                                                                                                                            | Coiffage (shampooing normal + coupe + permanente + mise en plis ou brushing) |                                                                                  |
| 4                                                                                                                            | Couleur                                                                      |                                                                                  |
|                                                                                                                              | DETAIL                                                                       |                                                                                  |
| 5                                                                                                                            | Shampooing normal                                                            |                                                                                  |
| 6                                                                                                                            | Shampooing traitant                                                          |                                                                                  |
| 7                                                                                                                            | Soins                                                                        |                                                                                  |
| 8                                                                                                                            | Renforceur                                                                   |                                                                                  |
| 9                                                                                                                            | Rege                                                                         |                                                                                  |
|                                                                                                                              | AUTRE POSSIBILITE                                                            |                                                                                  |
| Inscription auprès du ou de la soignant(e) du service concerné uniquement à la demande du:                                   |                                                                              | <input type="checkbox"/> Résident<br><input type="checkbox"/> Représentant légal |
| Autre(s) précision(s) : _____                                                                                                |                                                                              |                                                                                  |
| _____                                                                                                                        |                                                                              |                                                                                  |
| _____                                                                                                                        |                                                                              |                                                                                  |

*En cas de réévaluation du besoin, merci de compléter un nouveau formulaire disponible à l'accueil.*

Fait, le \_\_\_\_\_ Signature du résident et/ou du représentant légal



# TARIFS BETHANIE/BETHESDA 2026



| Tarifs applicables au 01/02/2026                                                                              |                                        | PAR JOUR   | MOIS DE 31 JOURS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|------------------|
| <b>TARIFS HEBERGEMENT PERMANENT</b>                                                                           |                                        |            |                  |
| CHAMBRE PARTICULIERE MEDICALISEE                                                                              | 86,61 €                                | 2 684,91 € |                  |
| CHAMBRE A DEUX LITS MEDICALISEE                                                                               | 73,39 €                                | 2 275,09 € |                  |
| CHAMBRE A DEUX LITS COUPLE (PAR CONJOINT)                                                                     | 61,84 €                                | 1 917,04 € |                  |
| CHAMBRE A DEUX LITS AIDE SOCIALE                                                                              | 68,33 €                                | 2 118,23 € |                  |
| CHAMBRE A DEUX LITS MOINS DE 60 ANS                                                                           | 68,33 €                                | 2 118,23 € |                  |
| CHAMBRE NON MEDICALISEE                                                                                       | 44,59 €                                | 1 382,29 € |                  |
| <b>TARIFS HEBERGEMENT TEMPORAIRE</b>                                                                          |                                        |            |                  |
| CHAMBRE PARTICULIERE MEDICALISEE TEMPORAIRE                                                                   | 107,96 €                               | 3 346,76 € |                  |
| CHAMBRE A DEUX LITS DE REPIT                                                                                  | 77,77 €                                | 2 410,87 € |                  |
| CHAMBRE A DEUX LITS MEDICALISEE TEMPORAIRE                                                                    | 85,13 €                                | 2 639,03 € |                  |
| CHAMBRE A DEUX LITS COUPLE TEMPORAIRE (PAR CONJOINT)                                                          | 79,56 €                                | 2 466,36 € |                  |
| <b>TARIFS DEPENDANCE</b>                                                                                      |                                        |            |                  |
| TARIF DEPENDANCE GIR 1 ET 2                                                                                   | 23,82 €                                | 738,42 €   |                  |
| TARIF DEPENDANCE GIR 3 ET 4                                                                                   | 15,12 €                                | 468,72 €   |                  |
| TARIF DEPENDANCE GIR 5 ET 6                                                                                   | 6,41 €                                 | 198,71 €   |                  |
| TARIF DEPENDANCE - 60 ANS dans l'attente des tarifs 2026                                                      | 20,46 €                                | 634,26 €   |                  |
| <b>ADPA MAXIMUM</b>                                                                                           |                                        |            |                  |
| APA MAXIMUM GIR 1 ET 2                                                                                        | 17,41 €                                | 539,71 €   |                  |
| APA MAXIMUM GIR 3 ET 4                                                                                        | 8,71 €                                 | 270,01 €   |                  |
| APA MAXIMUM GIR 5 ET 6                                                                                        | - €                                    | 0,00 €     |                  |
| <b>RESTE A LA CHARGE DES RESIDENTS BENEFICIANT DE L'ADPA MAXIMUM</b>                                          |                                        |            |                  |
| CHAMBRE PARTICULIERE MEDICALISEE                                                                              | 93,02 €                                | 2 883,62 € |                  |
| CHAMBRE A DEUX LITS MEDICALISEE                                                                               | 79,80 €                                | 2 473,80 € |                  |
| CHAMBRE A DEUX LITS COUPLE (PAR CONJOINT)                                                                     | 68,25 €                                | 2 115,75 € |                  |
| <b>SERVICES ANNEXES</b>                                                                                       |                                        |            |                  |
| TRANSPORT PERSONNE A MOBILITE REDUITE -15 KM                                                                  | 50,00 €                                |            |                  |
| AFFRANCHISSEMENT DU COURRIER                                                                                  | <i>Au tarif en vigueur de la Poste</i> |            |                  |
| MISE A DISPOSITION D'UNE LIGNE DIRECTE                                                                        |                                        |            | 5,38 €           |
| <b>PRESTATIONS AUX ACCOMPAGNANTS</b>                                                                          |                                        |            |                  |
| <b>Réservations à l'accueil de Béthanie uniquement du lundi au vendredi de 9:00 à 17:00 au 03 81 93 54 00</b> |                                        |            |                  |
| NUITEE                                                                                                        | 30,00 €                                | 930,00 €   |                  |
| PENSION COMPLETE                                                                                              | 40,00 €                                | 1 240,00 € |                  |
| PETIT DEJEUNER                                                                                                | 3,00 €                                 | 93,00 €    |                  |
| DEJEUNER - 6 invités maxi dans la limite de 12 par bâtiment                                                   | 10,50 €                                | 325,50 €   |                  |
| SUPPLEMENT BANQUET - 7 à 15 invités - délai de réservation : 15 jours                                         | 50,00 €                                |            |                  |
| DINER                                                                                                         | 8,00 €                                 | 248,00 €   |                  |

