

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

(À remplir par le postulant ou sa famille)

HT	
EHPAD	

COMPLEMENT D'INFORMATION

NOM – Prénoms : _____

RESSOURCES (Nom des Caisses de Retraite et montants perçus) et BIENS IMMOBILIERS

SECURITE SOCIALE ET MUTUELLE

N° de Sécurité Sociale : _____

Nom et adresse de la Caisse de Sécurité Sociale :

Nom et adresse de la Mutuelle :

APA

Etes-vous bénéficiaire de l'APA ? : _____

Si oui de quel Conseil Général ? : _____

PHARMACIE HABITUELLE

Nom de la Pharmacie : _____

Ville : _____

NOTAIRE

Nom du notaire : _____

Adresse : _____

Ville : _____

MEDECIN TRAITANT

Nom du Médecin traitant : _____

Adresse : _____

Ville : _____

KINESITHEREPEUTE

Nom du kinésithérapeute : _____

Adresse : _____

Ville : _____

PEDICURE

Nom du pédicure : _____

Adresse : _____

Ville : _____

REFERENT

Le référent est l'unique interlocuteur auprès de l'établissement. Charge au référent de transmettre aux autres membres de la famille les informations dont il a connaissance.

Nom-Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Tél domicile : _____

Tél bureau : _____

Tél portable : _____

Email : _____

ENFANTS

Nom-Prénom : _____

Adresse : _____

Tél domicile :

Tél bureau : _____

Tél portable : _____

Email : _____

Nom-Prénom : _____

Adresse : _____

Tél domicile :

Tél bureau : _____

Tél portable : _____

Email : _____

Nom-Prénom : _____

Adresse : _____

Tél domicile :

Tél bureau : _____

Tél portable : _____

Email : _____

Nom-Prénom : _____

Adresse : _____

Tél domicile :

Tél bureau : _____

Tél portable : _____

Email : _____

DEMANDE D'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

CONDITIONS D'ENTREE

Demande d'hébergement concernant :

M _____

Date de naissance : _____

Domicile actuel : _____

Je soussigné, M _____, agissant en tant que _____ (lien de parenté, ou tuteur) confirme ma demande d'hébergement temporaire en EHPAD à Pont de l'Arche pour la personne sus désignée.

Je demande un séjour en Hébergement temporaire pour une période de _____ jours (maximum 90 jours) de préférence à partir du _____.

A l'issue de cette période, je m'engage à libérer les locaux, ou en cas d'impossibilité d'un retour à domicile, autorise l'EHPAD de Pont de l'Arche à organiser un transfert vers l'établissement de son choix.

Je reconnais avoir été clairement informé(e) des conditions d'admission, notamment :

- La durée de mon séjour ne pourra excéder trois mois consécutifs,
- La totalité des frais de séjour, que je devrai régler mensuellement, est entièrement à ma charge. Parallèlement, je pourrai faire une demande d'aide auprès du Conseil Général si l'APA à domicile est déjà accordée.
- Je m'engage, à déposer un chèque correspondant à un dépôt de garantie dans les conditions exposées en préambule de cette demande (au plus tard le jour de l'entrée). Le chèque sera encaissé le jour de l'entrée en Hébergement temporaire. Cette somme sera restituée par virement de la Perception dans les 2 mois suivant la fin du séjour, déduction faite des sommes qui pourraient être dues par le résident à l'établissement (dernière facture opposable au demandeur, non respect du préavis de départ, retards de paiement...).

- Si ma demande d'hébergement temporaire est acceptée, je devrai signer le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement qui m'ont été remis avec le dossier de demande d'admission, et les rendre signés au service administratif de l'EHPAD de Pont de l'Arche au plus tard le jour d'entrée dans l'établissement.

Toute annulation tardive d'un séjour réservé en hébergement temporaire devra être notifiée à l'établissement, par lettre recommandée avec accusé de réception au moins 15 jours avant la date prévisionnelle d'entrée.

En deçà de ce délai de 15 jours, l'établissement se réserve le droit de facturer, à titre de dédommagement, 1/3 des frais de séjour de la période initialement prévue.

- Les présentes dispositions ne s'appliquent pas en cas de décès ou d'hospitalisation du postulant.

ENGAGEMENT DE PAYER

- Je m'engage à régler les frais de séjour, les honoraires médicaux et autres frais annexes (coiffeur, pédicure...) dus par le résident à compter de la date d'admission à l'EHPAD de Pont de l'Arche.
- Pour les séjours d'un mois ou plus, il est proposé un forfait pour le lavage du linge du Résident. Coût : 50 € par mois.

Je souhaite bénéficier du forfait lavage : oui non

Fait à Pont de l'Arche le,

Signature :

Nom du signataire : _____

- le Résident
- ou son représentant légal
- ou son référent

DEMANDE D'ENTREE EN MAISON DE RETRAITE

CONDITIONS D'ENTREE

Demande d'hébergement concernant :

M _____

Date de naissance : _____

Domicile actuel : _____

Je soussigné, M _____, agissant en tant que _____ (lien de parenté, ou tuteur) confirme ma demande d'entrée en Maison de retraite à l'EHPAD à Pont de l'Arche, sis 11, rue Blin 27340 Pont de l'Arche pour la personne sus désignée.

Je reconnais avoir été clairement informé(e) des conditions d'admission, notamment :

- La totalité des frais de séjour, que je devrai régler mensuellement, est entièrement à ma charge. Parallèlement, je pourrai faire une demande d'aide APA auprès du Conseil Général et d'allocation logement (soumis à conditions de ressources).
- Je m'engage à déposer un chèque correspondant à un dépôt de garantie dans les conditions exposées en préambule de cette demande (le jour même de mon acceptation de la place qui m'est proposée par l'EHPAD de Pont de l'Arche). Le chèque sera encaissé le jour de l'entrée en Maison de retraite. Cette somme sera restituée par virement de la Perception dans les 2 mois suivant la fin du séjour, déduction faite des sommes qui pourraient être dues par le résident à l'établissement (dernière facture opposable au demandeur, non respect du préavis de départ, retards de paiement...).
- Je devrai signer le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement qui m'ont été remis avec le dossier de demande d'admission, et les rendre au service administratif de l'EHPAD de Pont de l'Arche dès l'acceptation de la chambre.

ENGAGEMENT DE PAYER

- Je m'engage à régler les frais de séjour, les honoraires médicaux et autres frais annexes (coiffeur, pédicure...) dus par le résident à compter de la date d'admission à l'EHPAD de Pont de l'Arche.

Fait à Pont de l'Arche le,

Signature :

Nom du signataire : _____

- le Résident
- ou son représentant légal
- ou son référent