

# 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

### 1- MEDECIN TRAITANT DE VILLE

Le résident a la possibilité de garder son médecin traitant de ville, si celui-ci accepte d'intervenir à l'Ehpad.

Nom du Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

### 2- NOUVEAU MEDECIN TRAITANT

Dans le cas où votre Médecin traitant ne peut continuer à vous suivre dans l'établissement ou que vous souhaitez changer de médecin traitant, vous avez le choix entre 4 médecins intervenant dans l'établissement :

- Dr BOUDIER Julien
- Dr DELAUNAY Nicolas
- Dr JOUVIN DAYOT Véronique
- Dr LESAULT Jean-Claude

### 3 – ATTRIBUTION PAR L'ETABLISSEMENT D'UN NOUVEAU MEDECIN TRAITANT

Dans le cas où vous ne souhaitez pas effectuer un choix, le médecin coordonnateur vous attribuera un Médecin traitant suivant la liste ci-dessus.

- J'autorise l'établissement à m'attribuer un Médecin traitant

## KINESITHEREPEUTE

Nom du kinésithérapeute : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Le patient a la possibilité de garder son kinésithérapeute de ville, si celui-ci accepte les conditions d'intervention à l'Ehpad.

Dans le cas contraire, vous avez la possibilité de choisir le kinésithérapeute intervenant dans l'établissement :

- Mr LEGRAND Nicolas

## PEDICURE

Le patient a la possibilité de garder son pédicure de ville, si celui-ci accepte les conditions d'intervention à l'Ehpad.

Nom du pédicure : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Dans le cas contraire, vous avez la possibilité de choisir les kinésithérapeutes intervenant dans l'établissement :

- Mr ELIAS Alexandre
- Mme GOUIX Stéphanie
- Mme GUERIN Clémence
- Je laisse à l'établissement le soin de m'attribuer un Pédicure

## SOINS ESTHETIQUES

Une Esthéticienne intervient dans l'établissement. Les frais sont à la charge du résident.

- Je souhaite bénéficier de soins esthétiques
  - soins à préciser : \_\_\_\_\_
  - Fréquence des soins : \_\_\_\_\_
- Je ne souhaite pas bénéficier de soins esthétiques

## 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