



Dossier d'Admission

A CONSERVER

**SECRETARIAT DES EHPAD
MAISON DE RETRAITE HOTEL DIEU
87 GRANDE RUE - 70100 GRAY**

Tél. : 03 84 64 60 41 / 03 84 64 60 44 – Fax : 03 84 64 64 85

CAUTION

Avant votre entrée au sein de notre établissement, nous vous informons qu'une caution vous est demandée :

Pour l'Hôtel-Dieu, les Capucins, Pesmes ou Champlitte = 1 500€

Pour le site de Oyrères = 1 200€

Pour les résidents **de moins de soixante ans** = 1 800 €

Elle vous sera restituée à la sortie ou sera utilisée en cas de dégradations éventuellement survenues pendant le séjour ou d'impayés.

Nous vous demandons de bien vouloir régler cette somme par chèque à l'ordre du Trésor Public ou par tout autre moyen à l'entrée en structure, à l'adresse suivante :

Maison de retraite Hôtel dieu
Secrétariat des EHPAD
87 Grande Rue
70100 GRAY

Une attestation de paiement vous sera adressée suite à votre règlement par la perception.

TARIFS JOURNALIERS AU 1^{er} MAI 2017 (hébergement)
Et au 1^{er} JUILLET 2017 (Dépendance)

Structures Hôtel-Dieu, Capucins, Pesmes	Héberg ement	Dépendance			Tarifs journaliers	Tarif mensuel déduction faite de l'APA* (31 jours)
		GIR 1 - 2	GIR 3 - 4	GIR 5 - 6		
Chambre à 2 lits	43,66€	22,35€	14,18€	6,02€	49,68€	1 540,08€
Chambre particulière	47,94€	22,35€	14,18€	6,02€	53,96€	1 672,76€

* Tarif mensuel déduction faite de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie quelque soit le GIR.

Structure Oyrières	Héberg ement	Dépendance			Tarifs journaliers	Tarif mensuel déduction faite de l'APA* (31 jours)
		GIR 1 - 2	GIR 3 - 4	GIR 5 - 6		
Chambre à 2 lits	34,28€	22,35€	14,18€	6,02€	40,30€	1 249,30€
Chambre particulière	40,26€	22,35€	14,18€	6,02€	46,28€	1 434,68€

* Tarif mensuel déduction faite de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie quelque soit le GIR.

Tarif des résidents de moins de 60 ans : tarif journalier 64,35€ soit 1 994,85€ / mois

TARIFS JOURNALIERS AU 1^{er} MAI 2017 (hébergement)
Et au 1^{er} JUIN 2017 (Dépendance)

Structure Champlitte	Héberg ement	Dépendance			Tarifs journaliers	Tarif mensuel déduction faite de l'APA* (31 jours)
		GIR 1 - 2	GIR 3 - 4	GIR 5 - 6		
Chambre à 2 lits	40,75€	18,65€	11,83€	5,02€	45,77€	1 418,87€
Chambre particulière	44,83€	18,65€	11,83€	5,02€	49,85€	1 545,35€
Chambre hébergement temporaire	49,40€	18,65€	11,83€	5,02€	49,40€ + tarif dépendance	

* Tarif mensuel déduction faite de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie quelque soit le GIR.

Tarif des résidents de moins de 60 ans : tarif journalier 58,70€ soit 1 819,70 € / mois

Liste du Trousseau :

DESIGNATION	DAMES	MESSIEURS
Maillots de corps coton	10	10
Chaussettes ou bas	10	10
Culottes ou slips	10	10
Soutien-gorge	5	
Chemises de nuit coton ou pyjamas	6	6
Robes de chambre	2	2
Gilets	3	3
Pantalons élastiques à la taille	6	6
Robes de saison ou jupes ou pantalons	5	
Tee-shirts ou polos	6	6
Pulls ou sweat-shirts	6	6
Paires de chaussons fermés	2	2
Paires de chaussures adaptées	2 Été, 2 Hiver	2 Été, 2 Hiver
Foulard - Echarpe	1	1
Paire de gants	1	1
Chapeau ou casquette	1	1

Nécessaire de toilette (obligatoire), à renouveler régulièrement		
Brosse à dents	1	1
Dentifrice	1	1
Détergent dentier	1	1
Gobelet à dents	1	1
Peigne et brosse à cheveux	1	1
Barrettes à cheveux	1	
Eau de Cologne (sans alcool)	1	1
Savonnette	1	1
Boîte à savon	1	1
Rasoir électrique ou mécanique (jetables)		1
Mousse à raser		1
Crème de visage hydratante	1	1
Gel douche	1	1
Shampooing	1	1
Mouchoirs en papier	1 boîte	1 boîte

REMARQUE :

Le linge doit impérativement être marqué au nom et prénom du résident et au nom de la structure d'hébergement.

Il vous est recommandé de déposer le linge à marquer à la lingerie centrale du Centre Hospitalier de Gray niveau -1 (8h-12h/13h-15h30) 15 jours avant l'entrée en structure. L'établissement se charge du marquage pour un forfait unique.

Nous vous demandons de bien vouloir régler la somme de 33 € par chèque à l'ordre du Trésor Public ou par tout autre moyen à l'entrée en structure, à l'adresse suivante :

Maison de retraite Hôtel-Dieu
Secrétariat des EHPAD
87 Grande Rue
70 100 GRAY

Une quittance vous sera adressée dès réception de votre règlement.

La liste du trousseau doit être adaptée à l'évolution de l'état de santé du résident, aux différentes saisons de l'année et doit être régulièrement renouvelé. Merci d'avertir le personnel soignant quand vous apportez de nouveaux vêtements afin qu'ils soient eux aussi marqués. Aucun supplément ne vous sera demandé pendant le séjour puisqu'il est inclus dans le forfait marquage de linge demandé à l'entrée.

.....

INFORMATIONS DIVERSES

Dossier d'Admission

Nom, Prénom : _____

en

**Etablissement d'Hébergement pour
Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)**

- ☐ **HÔTEL-DIEU, à GRAY**
- ☐ **CAPUCINS, à GRAY**
- ☐ **ST HILAIRE, à PESMES**
- ☐ **OYRIERES, à OYRIERES**
- ☐ **LES LAVIERES, à CHAMPLITTE**

(dossier commun à toutes les structures)

Pour remettre votre dossier veuillez vous présenter au

SECRETARIAT DES EHPAD

HOTEL-DIEU, 87 Grande Rue, Rez-de-chaussée, GRAY

Du lundi au vendredi de 9 h 00 à 12 h 00 et de 13 h 30 à 16h30

Ou l'envoyer à l'adresse suivante

MAISON DE RETRAITE HOTEL DIEU

SECRETARIAT DES EHPAD

87 GRANDE RUE

70100 GRAY

Tél. : 03 84 64 60 41 / 03 84 64 60 44 – Fax : 03 84 64 64 85

Pièces à joindre :

Pour toute demande

<u>NOM DU DOCUMENT</u>	<u>RECU</u>
Dossier de demande d'admission en EHPAD Cerfa n°14732*01	
Document médical de demande d'admission en EHPAD	
Texte à signer par les débiteurs d'aliments CHVS/1189 (1/enfant)	
Livret de famille intégral ou extrait d'acte de naissance	
Attestation de droits à la sécurité sociale	
Carte mutuelle	
Avis d'impôt	
Jugement de protection judiciaire	
Contrat obsèques	
Responsabilité civile	
Si déjà bénéficiaire : copie des décisions d'attribution d'APA et d'Allocation Logement	
Taxes foncières	
Relevé d'Identité Bancaire	

Pour les demandes d'aide sociale à l'hébergement

<u>NOM DU DOCUMENT</u>	<u>RECU</u>
Relevé des comptes bancaires des 6 derniers mois	
Livrets d'épargne et capitaux placés	
Relevé de matrice cadastrale	
Appel de cotisation mutuelle	
Emolument de tutelle	

- Loi informatique et libertés-

Les informations recueillies sont nécessaires à la gestion du dossier administratif et du dossier médical du résident. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées selon le cas aux personnels administratifs et soignants. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous **adresser à la Direction de l'établissement.**

Déclaration de ressources

Je, soussigné (nom de naissance) :Prénom :

Nom marital :Date de naissance :

Certifie être titulaire des ressources suivantes :

SALAIRES (ou revenus du travail) et RETRAITES, (pensions, rentes, allocations, etc.)

Nature	Organisme Payeur	Montant mensuel

AUTRES RESSOURCES

Nature	Organisme Payeur	Montant mensuel
☐ OUI ☐ NON Allocation logement		
☐ OUI ☐ NON Rente viagère ou viager		
☐ OUI ☐ NON Revenus immobiliers (location ou autres)		
☐ OUI ☐ NON Pension alimentaire		

REVENUS DE CAPITALS

Nature	Organisme Payeur	Montant capital	Revenus mensuels
☐ OUI ☐ NON Actions			
☐ OUI ☐ NON Obligations			
☐ OUI ☐ NON Epargne			

AUTRES REVENUS, RESSOURCES, ou AVANTAGES EN NATURE

Nature	Organisme Payeur	Montant mensuel

Fait à, le

Signature du déclarant ou de son représentant légal

ENFANTS ET PETITS-ENFANTS (DEBITEURS ALIMENTAIRES)

NOMS et Prénoms		Adresse complète et numéros de téléphone	Degré de parenté
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

INFORMATIONS DIVERSES