

////////////////////////////////////
DOSSIER ADMINISTRATIF
////////////////////////////////////>

NOM :

Prénom :

DATE D'ENTRÉE : / /

CHAMBRE :



**Association
Sainte-Marie
Saint-Joseph**

ASSOCIATION SMSJ - 76000 ROUEN

SIRET : 84327208900031

Association gestionnaire ASSOCIATION SAINTE-MARIE SAINT-JOSEPH

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SOCIAUX

N° d'immatriculation sociale :

Adresse du centre de sécurité sociale :

Nom et adresse de la mutuelle :

A.L.D. :

Quelle(s) affection(s) :

PROTECTION JURIDIQUE

Sauvegarde de justice

Curatelle Tutelle Mandat Protection Futur Habilitation familiale

Si oui, nom, adresse, téléphone du tuteur ou curateur :

À prévoir

RENSEIGNEMENTS SUR LES RESSOURCES (si demande Aide Sociale)

Pour l'organisme payeur préciser nom et adresse.

Joindre les justificatifs. À défaut, fournir la dernière déclaration des revenus dans son intégralité.

⇒ Organisme payeur : N° Allocataire :

⇒ Organisme payeur : N° Allocataire :

⇒ Organisme payeur : N° Allocataire :

⇒ Organisme payeur : N° Allocataire :

ALLOCATION PERÇUE - FACTURATION

APA (déjà perçue) : OUI NON

Si oui, n° dossier :

Allocation logement : Déjà perçue : OUI NON

Si oui, CAF de :

N° Allocataire :

À demander : OUI NON

Aide Sociale : Prévoir dès l'entrée : OUI NON

À prévoir ultérieurement : OUI NON

Mode de règlement : Chèque Prélèvement automatique Virement

Modalités de distribution du courrier administratif :

À distribuer au résident

Faire un changement d'adresse / réexpédition (à faire par vos soins)

Modalités de distribution de la facture :

À distribuer au résident

Par mail

MESURES EN CAS D'HOSPITALISATION ET DÉCÈS

En cas d'hospitalisation ou décès, souhaitez-vous être prévenu immédiatement même pendant la nuit ?

OUI NON

LORS DU DÉCÈS :

Lieu de cérémonie :

Lieu de sépulture :

Contrat obsèques :

N° du contrat :

Coordonnées complètes de l'organisme :

Si'il n'y a pas de contrat obsèques, merci de nous communiquer les coordonnées des Pompes Funèbres souhaitées :

Notaire (Nom et adresse) :

DISPOSITIONS DIVERSES

INTERNET OUI NON

OUVERTURE DE LIGNE TÉLÉPHONIQUE OUI NON

Si oui, ouverture de ligne prévue pour : XXXXXXXXXX Numéro : xx.xx.xx.xx.xx

MARQUAGE DU LINGE FORFAIT 50€ MARQUAGE PERSONNEL

Documents à fournir

Documents à fournir par les familles à l'Ehpad :

- Copie de la carte d'identité recto/verso + original à apporter au secrétariat
- Copie du livret de famille dans son intégralité et/ou extrait d'acte de naissance
- Copie des 2 derniers avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus
- Copie de la dernière taxe foncière
- Copie du jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice s'il y a lieu
- Justificatif de domicile précédent l'entrée (facture EDF, téléphone, etc.)
- Copie de la dernière taxe d'habitation
- Dernier relevé de compte bancaire et épargnes
- Pièces justificatives des biens ou capitaux du patrimoine dormant (relevé annuel d'assurance vie, livrets, etc.)
- Notification par le Conseil Général de l'APA à domicile
- Attestation assurance responsabilité civile
- Attestation assurance maladie et carte vitale
- Carte de mutuelle
- Relevé d'Identité Bancaire pour formulaire de mandat SEPA
- Copie du contrat obsèques

Documents à fournir par l'Ehpad aux familles :

- Formulaire d'autorisation de droit à l'image (document n°1 – page 6)
- Formulaire de désignation de personne de confiance (document n°2 – page 7,8 et 9)
- Attestation clé de chambre (document n°3 – page 10)
- Accusé de réception contrat de séjour et règlement de fonctionnement (document n°4 – page 11)
- Mandat de prélèvement SEPA (document n°5 – page 12)
- Trousseau d'entrée (document n°6 – page 13)
- Convention de prêts de matériel (document n°7 – page 15)

- Contrat de séjour
- Règlement de fonctionnement
- Documents Aide Sociale si besoin
- Documents APA (si besoin)

Formulaire
d'autorisation de droit
à l'image

*À remplir par le/la résident(e) ou son
représentant*

Je soussigné(e) :

NOM :

PRÉNOM :

Entré(e) à l'EHPAD XXXX le :

Représentant légal de :

Accepte la publication de ma photo dans le cadre des photos prises au cours d'animation

OUI

NON

(cochez la case correspondante)

Date :

Signature :

Une photo d'identité est obligatoire pour le dossier médical

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (art. 11) Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique :

« Toute **personne majeure** peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. »

La désignation d'une personne de confiance :

- N'est pas obligatoire
- Doit être une décision réfléchie
- Peut être révoquée à tout moment
- Peut être remplacée par la désignation d'une autre personne à tout moment
- Est valable pendant la durée de l'hospitalisation
- Doit se faire par écrit

Quel est le rôle de la personne de confiance ?

- Si le résident est conscient et lucide, la personne de confiance peut l'aider à prendre une décision d'ordre médical. Elle partage le secret médical et peut être amenée à assister aux entretiens médicaux. Néanmoins, le résident peut décider que certaines informations médicales demeurent secrètes.

- Si le résident ne peut plus recevoir l'information médicale, ou ne peut exprimer sa volonté, la personne de confiance est consultée par le personnel médical. Cette dernière ne remplace pas le résident mais le représente. Elle oriente le praticien pour que ces décisions soient cohérentes vis-à-vis des impératifs médicaux et des convictions du résident.

- Si le résident est amené à consulter son dossier médical, il peut demander à la personne de confiance de l'accompagner dans ses démarches. En revanche, elle ne peut accéder directement au dossier médical du résident.

Qui peut-on désigner comme « personne de confiance » ?

- La loi précise seulement que la personne de confiance doit être une personne physique connue depuis longtemps par le résident afin qu'il y ait une relation de confiance entre les deux personnes.
- La personne de confiance peut être un membre de la famille, un proche, un médecin traitant ou un voisin.
- Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie et d'obtenir son accord car elle peut refuser.

FORMULAIRE DE CHANGEMENT DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) : Madame Monsieur

NOM MARITAL :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRÉNOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TÉL :

ADMIS(E) AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT « EHPAD SACRE-CŒUR »

NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à **en informer l'établissement par écrit**, en remplissant une fiche de désignation.

SOUHAITE DÉSIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE :

Mademoiselle Madame Monsieur

NOM MARITAL :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRÉNOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TÉL. :

Cette personne est :

Un proche Un parent Mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous mes entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions : oui
 non

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon séjour. Je peux révoquer cette personne à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de changement de désignation.

Fait le

À

Signature de la personne de confiance

Signature du résident



Association
Sainte-Marie
Saint-Joseph

ATTESTATION CLÉ DE CHAMBRE

Je soussigné (e) :

Chambre n° :

Atteste avoir reçu, un exemplaire de la clé.

Je m'engage à payer les frais de remplacement si elle est endommagée ou égarée.

Ne souhaite pas garder la clé de la chambre.

Fait à XXXXXXXXX,

Le XXXXXXXXXXXX.



Association
Sainte-Marie
Saint-Joseph

ACCUSÉ DE RECEPTION

Je soussigné(e) _____
reconnait avoir reçu ce jour, un exemplaire du Contrat de séjour et un exemplaire du Règlement
de fonctionnement de l'EHPAD XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Fait à _____

Le _____

Signature

TROUSSEAU INDICATIF À PRÉVOIR POUR CHAQUE ADMISSION

Merci de fournir un sac à linge lavable

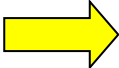
Pour les Femmes	Quantité	Pour les Hommes	Quantité
Chemises de nuit	6	Pyjamas	6
Soutiens gorge	3	Slips	8
Slips	8	Chemises de corps	6
Chemises de corps	6	Paires de chaussettes	6
Paires de bas ou chaussettes	6	Pantalons	6
Robes, jupes ou pantalons	6	Gilets, pulls	5
Gilets, pulls	5	Robes de chambre	2
Robes de chambre	2	Manteau	1 (facultatif)
Manteau	1 (facultatif)	Paire de chaussons fermée	1
Paire de chaussons fermés	1	Paire de chaussures fermée	1
Paire de chaussures fermées	1	Mouchoirs en tissu	12 (facultatif)
Mouchoirs en tissu	12 (facultatif)	Serviettes de table	6
Serviettes de table	6		

- ➔ **Chaque vêtement doit être marqué** sinon il y a la possibilité de marquage (forfait de 50€)
- ➔ L'établissement fournit le linge de toilette.
- ➔ Les vêtements fragiles (Damart), lainages sont à éviter ou à entretenir par la famille.

Afin de faciliter l'orientation dans le temps de nos résidents, merci de prévoir :

- Un calendrier/éphéméride
- Un réveil et/ou une pendule adaptée

Produits de toilette à fournir à l'entrée et à renouveler régulièrement :

Pour les Femmes	Quantité	Pour les Hommes	Quantité
Savonnettes	2	Savonnettes	2
Eau de cologne	2	Eau de cologne, après rasage	2
Dentifrice, stéradent, fixodent	2	Dentifrice, stéradent, fixodent	2
Brosses à dents	2	Brosses à dents	2
Brosse à cheveux, peigne	1	Brosse à cheveux, peigne	1
Brosse à ongles	1	Brosse à ongles	1
Shampoing	2	Shampoing	2
Gel douche	2	Gel douche	2
Cotons tige	1	Cotons tige	1
Mouchoirs en papier	2	Mouchoirs en papier	2
Selon les habitudes du résident		Rasoir électrique	1
		Rasoirs jetables doubles lames	2 paquets
		Mousses à raser	2

- ➔ Une valise ou un sac de voyage avec une trousse de toilette est à prévoir en cas d'hospitalisation.

Meubles à prévoir pour l'aménagement de la chambre :

	Quantité
Une table style table de bridge	1
Chaises	2
Fauteuil de repos	1
Chevet	1 ou 2
Commode télé	1
Bibelots	
Cadres si crochets X	

➔ L'encombrement de la chambre n'est pas autorisé.

CONVENTION DE PRÊT DE MATÉRIEL

Entre

Madame, Monsieur,
Résident(e) de l'association Sainte-Marie Saint-Joseph,
Ou représentant légal de Madame, Monsieur,

Et

Madame Caroline THIERRY,
Directrice de l'association Sainte-Marie Saint-Joseph.

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 :

L'association Sainte-Marie Saint-Joseph met à disposition de l'emprunteur ci-dessus nommé, le matériel décrit à l'article 2 pour :

- Une durée indéterminée – hébergement permanent
- À compter du..... jusqu'au..... – hébergement temporaire

ARTICLE 2 :

Le matériel mis à disposition se décompose comme suit :

DESCRIPTIF	Clé de chambre	Médailon d'appel	
Quantité			
Marque/référence	N°		

ARTICLE 3 :

Ce matériel a un coût pour notre établissement. L'emprunteur en est responsable.
Il s'engage donc à prendre extrêmement soin du matériel prêté. En cas de perte ou de dégradation, les frais de remplacement seront à la charge du résident ou pris sur le dépôt de garantie versé à son arrivée.

Fait à Rouen, le.....

L'emprunteur

La Direction