

# CENTRE HOSPITALIER de Doué en Anjou

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes



Doué en Anjou



Nueil-sur-Layon

## SOMMAIRE

### Dossier de demande d'admission en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

Dépendantes.....	5
<b>1. Données personnelles du résident .....</b>	<b>6</b>
<i>Etat civil de la personne concernée.....</i>	<i>6</i>
<i>Personne à contacter-Référent familial .....</i>	<i>6</i>
<i>Mesure de protection juridique.....</i>	<i>6</i>
<i>Caisses : Assurance Maladie et Complémentaire .....</i>	<i>7</i>
<b>2. Aspects financiers .....</b>	<b>7</b>
<i>Revenus de la personne concernée : .....</i>	<i>7</i>
<i>Autres revenus : .....</i>	<i>8</i>
<b>3. Prise en charge des frais de séjour et frais annexes .....</b>	<b>8</b>
<i>Engagement de reversement des pensions pour les résidents hébergés au titre de l'aide sociale .....</i>	<i>10</i>
<i>Liste complète et détaillée de tous les enfants et/ou obligés alimentaires .....</i>	<i>11</i>
<b>4. Renseignements nécessaires au séjour.....</b>	<b>12</b>
<i>Choix du médecin traitant.....</i>	<i>12</i>
<i>Choix de la pharmacie de secteur .....</i>	<i>13</i>
<i>Choix d'une ambulance de secteur .....</i>	<i>14</i>
<i>Droit à l'image.....</i>	<i>14</i>
<i>Les factures de frais de séjour doivent-elles être ? .....</i>	<i>14</i>
<i>Coordonnées d'un Notaire ? .....</i>	<i>15</i>
<i>Le courrier personnel de la personne concernée doit-il être ?.....</i>	<i>15</i>
<i>Le résident souhaite la clé de sa chambre ? .....</i>	<i>15</i>
<i>Dépôt de garantie .....</i>	<i>15</i>
<b>5. Prestataires extérieurs .....</b>	<b>16</b>
<i>Coiffeuses .....</i>	<i>16</i>
<i>Esthéticiennes .....</i>	<i>16</i>
<i>Soins de pédicurie/podologie.....</i>	<i>16</i>
<b>6. Prestations diverses .....</b>	<b>17</b>
<i>Hébergement Temporaire.....</i>	<i>17</i>
<i>Hébergement Définitif.....</i>	<i>18</i>
<b>7. Consignes en cas de décès .....</b>	<b>19</b>

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez bénéficier des services d'hébergement de l'Etablissement. A cette fin, vous trouverez ci-après le dossier d'inscription.

Ce dossier comprend :

- Une partie administrative renseignée par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (travailleur social, etc ...) ;
- Un feuillet médical, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin, qui permet notamment au médecin coordonnateur exerçant dans l'établissement d'émettre un avis circonstancié sur la capacité de l'EHPAD à prendre en charge la personne au vu du niveau de médicalisation de l'établissement ;
- Une partie, que vous conservez, pour vous permettre de préparer votre entrée.

Si vous êtes intéressé(e) par l'une et/ou l'autre des prestations proposées par notre établissement (hébergement définitif, hébergement temporaire, accueil de jour), **vo**tre demande ne sera prise en considération que dans la mesure où vous nous aurez fait parvenir :

- ☞ **La demande d'admission complétée dans son intégralité, daté et signé par vos soins ;**
- ☞ **Le certificat médical, complété par votre médecin traitant ou un médecin hospitalier.**

A réception, votre demande d'admission sera soumise au médecin coordonnateur pour avis, et sera par la suite étudiée en commission de « gestion de lits » qui se réunit toutes les semaines.

C'est seulement à l'issue de cette procédure que nos services vous contacteront pour effectuer une visite du service, si une place venait à se libérer, et obtenir le consentement du futur résident.

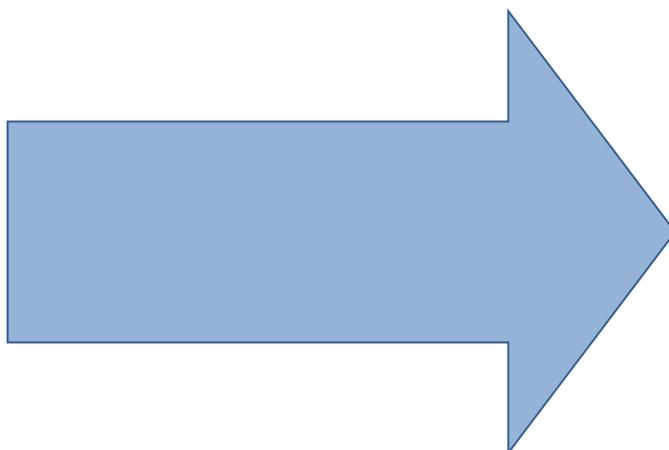
Restant à votre disposition pour tous renseignements complémentaires,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

La Directrice,  
Marie-Christine RUFFIE



Au besoin, il vous est possible de contacter le service Admissions au 02.41.83.46.10  
ou par mail à : [admission@chdouelafontaine.fr](mailto:admission@chdouelafontaine.fr)



**Le dossier de demande d'admission ci-après doit être complété dans son intégralité par vos soins.**

*Nota : L'agent d'accueil et/ou d'admission de l'établissement n'est pas habilité pour compléter ce document.*

Si vous venez à rencontrer des difficultés pour le remplir, nous vous invitons à prendre l'attache des services sociaux compétents de votre lieu de résidence.

**Une fois celui-ci rempli, il vous appartiendra de le déposer ou de l'adresser à l'accueil de la maison de retraite pour procéder à son enregistrement :**

**CENTRE HOSPITALIER  
Service Admission EHPAD  
30ter, Rue Saint François  
Doué la Fontaine  
49700 DOUE EN ANJOU**

**Seuls les dossiers complets seront enregistrés.**



## DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Article D.312-155-1 du Code l'Action sociale et des Familles

NOM-PRENOM DU RESIDENT

VILLE DE RESIDENCE

CADRE RESERVE AU SERVICE

Votre demande concerne (cochez la prestation désirée) :

### HEBERGEMENT DEFINITIF

Date d'entrée souhaitée :

Immédiate

Dossier de précaution

### HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Pour une demande d'hébergement d'une durée comprise entre 15 jours et 3 mois

Date d'entrée souhaitée : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Objectifs et projet de la personne :

### Contexte de la demande d'Admission

Evènement familial récent, décès du conjoint...

**Situation de la personne concernée à la date de la demande :**

Domicile  Chez enfant/proche  Foyer Logement/Maison de retraite  Hôpital/Clinique

Précisez le lieu exact :

Date de la demande : .....

Signature obligatoire de la personne concernée ou de son représentant légal

## 1. DONNEES PERSONNELLES DU RESIDENT

### ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Madame  Monsieur

Nom de famille (de naissance) .....

(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) .....

Prénom(s) .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance ..... Pays ou département .....

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard .....

Code postal ..... Commune/Ville .....

Téléphone fixe ..... Téléphone portable .....

Adresse email .....

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Vit maritalement  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf (ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : .....

### PERSONNE A CONTACTER-REFERENT FAMILIAL

Madame  Monsieur

Nom de famille .....

Prénom .....

N° Voie, rue, boulevard .....

Code postal ..... Commune/Ville .....

Téléphone fixe ..... Téléphone portable .....

Adresse email .....

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Tutelle  Curatelle  Mesure Habilitation Familiale

NON

EN COURS- MERCI DE JOINDRE LES JUSTIFICATIFS

Nom .....

Prénom .....

N° Voie, rue, boulevard .....

Code postal ..... Commune/Ville .....

Téléphone fixe ..... Téléphone portable .....

Adresse email .....

## CAISSES : ASSURANCE MALADIE ET COMPLEMENTAIRE



N° d'immatriculation : .....

Code organisme d'affiliation : ..... Code gestion : .....

### ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE :

Organisme .....

N° Voie, rue, boulevard .....

Code postal ..... Commune/Ville .....

### CAISSE COMPLEMENTAIRE :

Organisme .....

N° Voie, rue, boulevard .....

Code postal ..... Commune/Ville .....

## 2. ASPECTS FINANCIERS



### REVENUS DE LA PERSONNE CONCERNEE :

Type : <i>Précisez si Retraites, Loyers ou autres</i>	Organisme Adresse complète	Montant		
		<input type="checkbox"/> Mensuel	<input type="checkbox"/> Trimestriel	<input type="checkbox"/> Annuel
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€
		€	€	€



## AUTRES REVENUS :

+ La personne concernée bénéficie-t-elle de l'**Allocation logement** ?

- Oui** – *ATTESTATION A FOURNIR A L'ENTREE*
- Non
- Demande à envisager

+ La personne concernée bénéficie-t-elle de l'**Allocation personnalisée à l'autonomie** ?

- Oui** – *ATTESTATION A FOURNIR A L'ENTREE*
- Non
- Demande à envisager

+ La personne concernée bénéficie-t-elle de la **Prestation de compensation du Handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne** ?

- Oui** – *ATTESTATION A FOURNIR A L'ENTREE*
- Non

## 3. PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SEJOUR ET FRAIS ANNEXES

+ La personne concernée peut-elle subvenir **seule** aux frais de séjour ?

**Oui**

NOUS FOURNIR **IMPERATIVEMENT** L'IMPRIME  
« **ENGAGEMENT DE PAYER** » CI-APRES.

**Non**

Dans ce cas, la personne bénéficie-t-elle déjà de l'Aide Sociale ?

**Oui** – *ATTESTATION A FOURNIR A L'ENTREE*



**NON** : Il faudra donc constituer un **dossier de demande d'aide sociale** auprès du secrétariat des admissions, à l'entrée.

En attendant, MERCI DE COMPLETER  
**IMPERATIVEMENT** L'IMPRIME « **ENGAGEMENT DE REVERSEMENT DES PENSIONS** » CI-APRES.

## ENGAGEMENT DE PAYER

Article L315-16 du Code de l'Action sociale et des Familles

Je soussigné(e) – *RESIDENT OU REPRESENTANT LEGAL* :

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

En qualité de.....

M'engage à régler pour :

Moi-même

Nom ..... Prénom .....

Lien de parenté.....

A compter de mon/son<sup>1</sup> entrée à l'EHPAD du Centre Hospitalier de Doué La Fontaine, les frais de séjour ainsi que les autres frais éventuels à ma/sa charge (pédicure, coiffeur...) et prestations annexes.

Je reconnais être informé(e) :

- Des tarifs journaliers applicables annuellement par voie d'arrêté du Président du Conseil Départemental de Maine-et-Loire et affichés au sein de l'établissement ;
- Des dispositions de l'article L 315-16 du Code de l'action sociale et des familles, selon lesquelles « les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours, s'il y a lieu, contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».
- Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par l'EHPAD de Doué la Fontaine devant le juge aux affaires familiales du Tribunal de Grande Instance d'Angers.

Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents, au jour de l'application des nouveaux tarifs.

Fait à ..... le .....

**Signature obligatoire (Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé, bon pour engagement »)**

---

<sup>1</sup> Rayer la mention inutile

**ENGAGEMENT DE REVERSEMENT DES PENSIONS POUR LES RESIDENTS HEBERGES AU TITRE DE  
L'AIDE SOCIALE**

Je soussigné(e) : Nom .....Prénom.....

Résident(e) au Centre Hospitalier de Doué-la-Fontaine, dans l'attente de la décision de la commission à l'aide sociale aux personnes âgées (ASPA), **m'engage à verser mensuellement à Monsieur le Comptable du Trésor Public de Doué-la-Fontaine, une provision correspondant à 90% de mes ressources mensuelles.**

La régularisation de ma situation interviendra lors de la décision de la commission à l'aide sociale aux personnes âgées (ASPA).

Elle sera opérée sous la responsabilité de Monsieur le Comptable du Trésor Public de Doué-la-Fontaine.

Fait à ..... le .....

***Signature obligatoire de la personne concernée ou de son représentant légal***

*Pour toute demande d'Aide sociale, il vous faudra, à l'entrée, prendre contact avec le **secrétariat des admissions** pour constituer le dossier.*

**L'ENGAGEMENT DE PAYER OU DE REVERSEMENT DES PENSIONS (SELON LE CAS) SIGNE DE L'INTERESSE**

**- OU LE REPRESENTANT LEGAL SI AUTRE QUE LA PERSONNE CONCERNEE -**

**AINSI QUE LES SIGNATURES DE TOUS LES OBLIGES ALIMENTAIRES**

**DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE FOURNIS DES L'ENTREE,**

**CECI POUR LE CAS OU UN REFUS DE PRISE EN CHARGE SERAIT NOTIFIE PAR LE CONSEIL GENERAL.**

*A défaut d'engagement de tous les obligés, l'établissement*

*en vertu des dispositions de l'Article L714-38 du Code de la santé publique,*

*exercera un recours devant le Juge des Affaires Familiales, sur le fondement des Articles 205 et suivants du Code civil.*

## LISTE COMPLETE ET DETAILLEE DE TOUS LES ENFANTS ET/OU OBLIGES ALIMENTAIRES

Nous, soussignés « Obligés alimentaires » de la personne concernée, **nous engageons solidairement à régler à Monsieur le Comptable du Trésor Public de Doué-la-Fontaine, le montant des frais de séjour définis annuellement par Arrêté du Président du Conseil général de Maine-et-Loire et frais annexes, pour et engagés par elle, conformément à l'article 208 du Code civil, et à supporter les augmentations qui pourraient intervenir par la modification du prix de journée ou un changement de catégorie (GIR).**

2 Référents famille <sup>2</sup>	NOM NOM de Naissance Prénoms	Date de Naissance Lieu de Naissance Département de Naissance	Adresse Complète Voie, Code Postal et Commune	Téléphones	Adresse mail	Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée	<u>Signature</u> <b>OBLIGATOIRE</b>
<input type="checkbox"/>				Fixe : Portable : Travail :			
<input type="checkbox"/>				Fixe : Portable : Travail :			
<input type="checkbox"/>				Fixe : Portable : Travail :			
<input type="checkbox"/>				Fixe : Portable : Travail :			
<input type="checkbox"/>				Fixe : Portable : Travail :			
<input type="checkbox"/>				Fixe : Portable : Travail :			
<input type="checkbox"/>				Fixe : Portable : Travail :			
<input type="checkbox"/>				Fixe : Portable : Travail :			
<input type="checkbox"/>				Fixe : Portable : Travail :			
<input type="checkbox"/>				Fixe : Portable : Travail :			

<sup>2</sup> Merci de désigner ici **DEUX** référents famille qui seront contactés en premier lieu en cas de besoin.

## 4. RENSEIGNEMENTS NECESSAIRES AU SEJOUR

### CHOIX DU MEDECIN TRAITANT



Merci de contacter l'un des médecins ci-après, **IMPÉRATIVEMENT** avant votre entrée, pour **obtenir son accord de suivi médical** :

- ✚ Votre demande d'hébergement concerne le **SITE DE DOUE EN ANJOU** :
- Médecins signataires de la convention prévue par le décret du 31 décembre 2010 qui précise les droits et obligations du médecin et de l'établissement :

<input type="checkbox"/>	<b>Dr BABIN Philippe</b>	AMBILLOU CHÂTEAU	<b>02.41.59.36.36</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Dr BOUVET Philippe</b>	DOUE EN ANJOU	<b>02.41.59.70.76</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Dr GUERIN SALAGO Amélie</b>	DOUE EN ANJOU	<b>06.69.51.77.15</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Dr JACOB DUVERNET Pierre</b>	DOUE EN ANJOU	<b>02.41.59.12.58</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Dr JANTET CAMUT Sylvie</b>	MONTREUIL BELLAY	<b>02.41.52.45.09</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Dr PAILLAS OLIVIER Anne Sophie</b>	AMBILLOU CHÂTEAU	<b>02.41.38.37.68</b>

- Autres médecins intervenants :

<input type="checkbox"/>	<b>Dr BOISSEUX Philippe</b>	DOUE EN ANJOU	<b>02.41.51.21.62</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Dr DELAVIGNE Frédéric</b>	NUEIL SUR LAYON	<b>02.41.59.98.58</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Dr PORCHER Thierry</b>	DOUE EN ANJOU	<b>02.41.59.27.08</b>

- ✚ Votre demande d'hébergement concerne le **site de Nueil-sur-layon** :
- Médecins signataires de la convention prévue par le décret du 31 décembre 2010 qui précise les droits et obligations du médecin et de l'établissement :

<input type="checkbox"/>	<b>Dr CHAUVET-TIRE Lydie</b>	VIHIERS	<b>02.41.75.86.10</b>
--------------------------	------------------------------	---------	-----------------------

- Autres médecins intervenants :

<input type="checkbox"/>	<b>Dr DELAVIGNE Frédéric</b>	NUEIL SUR LAYON	<b>02.41.59.98.58</b>
--------------------------	------------------------------	-----------------	-----------------------

Je soussigné(e) : Nom .....Prénom.....

Atteste avoir obtenu, en date du ..... **L'accord de suivi médical** par le Docteur

Fait à ..... le .....

**Signature obligatoire de la personne concernée ou de son représentant légal**

## CHOIX DE LA PHARMACIE DE SECTEUR



**Les médicaments remboursables sont fournis directement par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du Centre Hospitalier (Cf Contrat de séjour).**

*Cependant, il se peut que, pour le confort du résident, la pharmacie fasse elle-même appel à une pharmacie dite de secteur, pour la **dispensation de médicaments non remboursés**. Il s'agit souvent de médicaments comme des pastilles pour la gorge, du sirop, des collyres...*

Je soussigné(e) : Nom .....Prénom.....

En qualité de .....

- me charge de l'achat** dans la pharmacie de mon choix
- refuse l'achat** de produits non remboursables
  
- donne mon accord pour que la pharmacie du Centre Hospitalier se charge de l'achat :**
- sans limitation de montant ;
- dans la limite de ..... € mensuel.

**Je choisis la pharmacie :**

- Pharmacie Allain et Périchou** - Galerie commerciale Super U – Doué-la-Fontaine
- Pharmacie Roucher** – Place du Champ de Foire – Doué-la-Fontaine
- Pharmacie Léna** – Intermarché – Doué-la-Fontaine

**& m'engage à régler selon le moyen précisé ci-après :**

- En espèces** directement à la pharmacie que j'ai choisie ci-dessus.
- Par chèque** directement à la pharmacie que j'ai choisie ci-dessus.

Facture à envoyer à l'adresse suivante :

Nom ..... Prénom.....

N° Voie, rue, boulevard .....

Code postal..... Commune/Ville

Téléphone fixe..... Téléphone portable .....

Adresse email .....

Fait à ..... le .....

**Signature obligatoire de la personne concernée ou de son représentant légal**

## CHOIX D'UNE AMBULANCE DE SECTEUR



Au besoin, il se peut que le personnel soignant fasse appel à une ambulance de secteur (sauf préconisation contraire de votre part) : urgence, consultation...

- ABC Ambulances - Place du Champ de Foire – Doué-la-Fontaine
- Ambulances HERVE – Rue Providence – Doué-la-Fontaine

## DROIT A L'IMAGE



L'établissement est amené à effectuer des prises de vues (photos et vidéos) du résident dans le cadre des activités d'animations, brochures, site internet de la structure et partenaires externes. Les photos issues des manifestations pourront faire objet d'une publication dans le quotidien ou les journaux locaux.

Tout résident refusant la publication ou la reproduction d'une prise de vue le concernant doit le préciser ici.

Dans le cas contraire, l'autorisation de prise de vues est supposée acquise et le résident renonce à toute poursuite judiciaire.

Je soussigné(e) – Résident ou Représentant légal:

Nom .....Prénom.....

Le cas échéant Nom Prénom du Résident représenté :

Nom .....Prénom.....

- AUTORISE
- N'AUTORISE PAS

**Le Centre Hospitalier de Doué-la-Fontaine a :**

- capter et exploiter à titre gracieux et non commercial l'image pour réaliser toutes sortes de supports d'information comme précisé ci-dessus,

Fait à ..... le .....

**Signature obligatoire de la personne concernée ou de son représentant légal**

**NOTA :** Dans un souci d'identité-vigilance et de sécurité du résident, l'établissement se réserve le droit d'effectuer une prise de vue dans les 15 jours suivants l'admission du résident et ce, dans le respect du secret médical.

## LES FACTURES DE FRAIS DE SEJOUR DOIVENT-ELLES ETRE ?



- Remis au résident
- Transmis à la famille - *MERCI DE PRECISER L'ADRESSE EXACTE CI-DESSOUS*
- Transmis au tuteur - *MERCI DE PRECISER L'ADRESSE EXACTE CI-DESSOUS*

Adresse complète :

.....

.....

### COORDONNEES D'UN NOTAIRE ?

Pas de Notaire

Notaire et coordonnées :

.....  
.....  
.....

### LE COURRIER PERSONNEL DE LA PERSONNE CONCERNEE DOIT-IL ETRE ?

Remis au résident

Déposé au dossier (à l'accueil de l'administration de Doué-la-Fontaine) – *Auquel cas, il vous appartient de venir le récupérer régulièrement, l'établissement ne pouvant être tenu responsable des courriers reçus et déposés dans les dossiers et non retirés dans les délais compatibles avec le traitement des données qui y seront contenues.*

### LE RESIDENT SOUHAITE LA CLE DE SA CHAMBRE ?



OUI

NON

**Si OUI:** La clé sera remise contre signature d'un avenant au contrat de séjour qui précise qu'en cas de perte ou de casse, le résident devra rembourser les frais supportés par l'établissement, soit 75 euros. **Pour la restitution et/ou en cas de difficulté, je vous invite à vous adresser à l'accueil du Centre Hospitalier de Doué La Fontaine.**

**Pour le site de Doué la Fontaine,** la clé est remise à l'accueil au rez-de-chaussée de la résidence du Petit Bois.

**Pour le site de Nueil sur Layon,** la clé est remise à l'accueil de la Résidence la Pensée du Layon uniquement le jeudi après-midi.

### DEPOT DE GARANTIE

Il est demandé **un dépôt de garantie de 300€ uniquement par chèque à remettre le jour de l'entrée.**

Un inventaire de l'état de la chambre et de la salle d'eau ainsi que du mobilier fourni par l'établissement est dressé lors de l'entrée, il est contresigné par le résident.

A la sortie du résident l'inventaire d'entrée est contrôlé. En cas de dégradation constatée dans la chambre du fait du résident, il sera procédé aux travaux et le montant sera retenu en première intention sur le dépôt de garantie remis à l'entrée. Toutefois si le dépôt de garantie n'était pas suffisant, l'établissement facturera au montant réel des travaux à réaliser.

## 5. PRESTATAIRES EXTERIEURS

L'établissement a conventionné avec des prestataires extérieurs (podologues, coiffeuses, esthéticiennes), vous trouverez les tarifs des prestataires affichés au salon de coiffure au rez-de-chaussée de la Résidence.

Les frais occasionnés sont à la charge du résident et le règlement se fait directement auprès du professionnel sans intermédiaire. Il est demandé aux résidents et/ou leur famille de prendre le rendez-vous directement auprès du professionnel conventionné. Les résidents peuvent sortir de l'établissement pour bénéficier des services d'un autre coiffeur non conventionné.

### COIFFEUSES

#### Résidence du Petit Bois

- Mme CANARD Christine
- Mme GRELLIE Elisabeth
- Mme LE CALVEZ Manuela

#### La Pensée du Layon

- Mme COCHARD Pierrette

**ACCEPTÉ**

**REFUSE**

### ESTHETICIENNES

#### La Résidence du Petit Bois & La Pensée du Layon

- ESTHETI KELLY
- NINA ESTHETIQUE

**ACCEPTÉ** les soins d'esthétique

**REFUSE** les soins d'esthétique

### SOINS DE PEDICURIE/PODOLOGIE

**ACCEPTÉ** les soins de pédicurie et/ou podologie

*J'ai bien pris note que le règlement de la prestation sera à ma charge sauf dans le cadre d'une prescription médicale*

**REFUSE** les soins de pédicurie et/ou podologie

Fait à ..... le .....

**Signature obligatoire de la personne concernée ou de son représentant légal qui s'engage à régler les prestations ci-dessus qui seront réalisées.**

## 6. PRESTATIONS DIVERSES

### HEBERGEMENT TEMPORAIRE



#### ★ La Téléphonie

- OUI Emission et Réception** : Ouverture de ligne : 5.90 € - Communications : 0.32€ l'unité
- OUI Réception Uniquement** : Ouverture de ligne : 5.90 €
- NON**

#### ★ La Télévision

**Prestation incluse** dans le prix de séjour et téléviseur mis à disposition dans la chambre

#### ★ Internet

- SOUHAITE** bénéficier d'un accès internet aux conditions ci-après:
  - FORFAIT INTERNET ILLIMITE → 1€ par jour TTC
- NE SOUHAITE PAS** bénéficier d'un accès internet

#### ★ L'entretien du linge des résidents

- OUI** 8€/semaine
- NON**



*Si OUI : Un forfait de 8€ par semaine sera facturé, sachant que toute semaine commencée sera due. Le linge personnel doit être identifié par la famille aux nom et prénom du résident. Les étiquettes en tissu devront être cousues et non collées.*

*Pour les vêtements qui ne peuvent subir un traitement industriel, leur entretien reste à la charge du résident et/ou de sa famille.*

**Important**

**Pour toutes modifications téléphonie, télévision, internet, entretien du linge il est impératif de bien vouloir adresser un courrier au service admissions.**

## HEBERGEMENT DEFINITIF



### ★ La Téléphonie

**SOUHAITE** bénéficier d'une ligne téléphonique aux conditions ci-après, pour :

**FORFAIT MENSUEL TELEPHONIE EMISSION/RECEPTION** **22 € par mois TTC**

- Mise à disposition d'une ligne téléphonique **en Emission et Réception** ;
- Consommations illimitées (hors n° internationaux et n° spéciaux)

**FORFAIT MENSUEL TELEPHONIE RECEPTION** **10 € par mois TTC**

- Mise à disposition d'une ligne téléphonique **en Réception uniquement**

**NE SOUHAITE PAS** bénéficier d'une ligne téléphonique

### ★ La télévision

**Il vous appartient de fournir un téléviseur écran plat.**

### ★ Internet

**SOUHAITE** bénéficier d'un accès internet aux conditions ci-après:

FORFAIT INTERNET ILLIMITE → 3€ par mois TTC

**NE SOUHAITE PAS** bénéficier d'un accès internet

**Important**

**Pour toutes les demandes de modification de forfait ou résiliation d'une ligne téléphonique il est impératif de bien vouloir adresser un courrier au service admissions.**

*Adresse suivante : Centre Hospitalier 30 ter rue Saint François 49700 Doué La Fontaine*

**NOTA : La facturation sera réalisée À TERME À ÉCHOIR (payable d'avance). Elle débutera le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'entrée et s'arrêtera le dernier jour du mois de sortie.**

## RESILIATION DE LA LOCATION DE MATERIEL MEDICAL DU DOMICILE



Je soussigné(e) – Résident ou Représentant légal:

Nom .....Prénom.....

Le cas échéant Nom Prénom du Résident représenté :

Nom .....Prénom.....

**M'engage à mettre fin à la location** du matériels médical de l'ancien domicile à la date de l'entrée en EHPAD (lit médicalisé, fauteuil roulant, lève personne...)

*En cas de non résiliation, l'établissement refacture au résident le montant de la dépense télétransmise en tiers payant à la sécurité sociale, et ce au plus tard à réception du décompte de la caisse d'assurance maladie.*

Fait à ..... le .....

**Signature obligatoire de la personne concernée ou de son représentant légal**

## 7. CONSIGNES EN CAS DE DECES

### + Le référent de la famille souhaite-t-il être contacté la nuit, en cas de décès ?

Oui - Précisez :

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

Non

### + La personne concernée a-t-elle souscrit un contrat obsèques ?

Oui - Précisez :

Organisme \_\_\_\_\_ Numéro de contrat \_\_\_\_\_

Merci de nous transmettre à l'entrée une copie de la carte d'adhésion (si fournie par l'organisme)

Non

### + Si la personne concernée n'a pas souscrit de contrat obsèques, merci de nous préciser ses volontés :

**Souhaitez-vous :**

- bénéficier des services de dépôt du corps au Centre Hospitalier ?  Oui  Non
- d'une autre chambre funéraire ?  Oui  Non

Si **oui**, précisez : \_\_\_\_\_

- un retour au domicile ?  Oui  Non
- faire don de votre corps ou d'organes  Oui  Non

Si **oui**, précisez le type de don : \_\_\_\_\_

- une tenue vestimentaire particulière ?  Oui  Non

Si **oui**, précisez laquelle : \_\_\_\_\_

Autres volontés, précisez :