

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Bureau des entrées :

Mme DUSSAUD Guylaine

Tél : 04 66 54 70 01

Fax : 04 66 54 70 10

Email : [g.dussaud@mrsa.fr](mailto:g.dussaud@mrsa.fr)

**EHPAD Public**  
**« Les Jardins de la Cèze »**  
160, Montée de la Frigoule  
30500 SAINT AMBROIX

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION**

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

Date d'entrée : \_\_\_\_\_ Chambre : \_\_\_\_\_

Service :  Bambouseraie  Aiguières  Oliveraie  Garrigues

Commentaires :

---

---

---

---

---

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

<b>"Merci de joindre le nombre d'exemplaire en fonction des demandes d'aide à faire"</b>	Admissions	Aide Sociale	APA	CAF
<b>Livret de famille complet</b> <i>(Y compris la 1<sup>ère</sup> page où il n'y a plus d'enfant)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Extrait d'acte de naissance + Attestation sur l'honneur «d'être célibataire et ne pas voir d'enfant »</b> <i>(Pour les célibataires sans enfant)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Carte Nationale d'Identité</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Carte de séjour pour les étrangers</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Attestation de droit sécurité sociale</b>	<input type="checkbox"/>			
<b>Carte de Mutuelle</b>	<input type="checkbox"/>			
<b>Copie carte vitale</b>	<input type="checkbox"/>			
<b>Avis d'imposition ou de non-imposition</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Taxes Foncières</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Attestation de responsabilité civile</b> <i>(pour les personnes âgées de moins de 60 ans)</i>	<input type="checkbox"/>			
<b>Notification de tutelle – curatelle – sauvegarde de justice...</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Notification APA</b>			<input type="checkbox"/>	
<b>Notification Allocation logement CAF ou MSA</b>				<input type="checkbox"/>
<b>Relevé d'Identité Bancaire</b>	<input type="checkbox"/>			
<b>Appel à cotisation mutuelle (échéancier)</b>		<input type="checkbox"/>		
<b>Liste des obligés alimentaires (enfants : adresses + téléphone)</b>		<input type="checkbox"/>		
<b>Liste du patrimoine immobilier et mobilier</b>		<input type="checkbox"/>		
<b>Relevés de comptes bancaires et de comptes épargnes des 3 derniers mois</b>		<input type="checkbox"/>		
<b>Notification des revenus des différentes caisses de retraites ou de pensions imposables ou non imposables, rentes viagères et autres revenus</b>		<input type="checkbox"/>		
<b>Acte notarié si donation ou vente de bien(s) immobiliers(s) dans les 10 dernières années</b>	<input type="checkbox"/>			



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

<b>Référent</b> <b>(1<sup>ère</sup> à personne à contacter)</b>	Nom Prénom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ ou _____ Email : _____ Lien de parenté : _____
<b>Autre Personne</b>	Nom Prénom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ ou _____ Email : _____ Lien de parenté : _____
<b>Autre Personne</b>	Nom Prénom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ ou _____ Email : _____ Lien de parenté : _____
<b>Adresse de facturation si différente du résident</b>	Nom Prénom : _____ Adresse : _____
<b>Modalités de règlement</b>	<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique <input type="checkbox"/> Chèque
<b>Courrier à:</b>	- Remettre au résident : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ou - Conserver et mis à votre disposition au bureau des entrées: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ou - réexpédier: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(Merci de nous fournir des enveloppes de réexpédition à votre adresse)</i> Nom Prénom : _____ Adresse : _____
<b>Coiffeur</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Sous quelle fréquence : _____
<b>Caution</b>	Une caution est versée au moment de la signature du contrat de séjour correspondant à 30 jours du prix de journée, sauf pour les Résidents bénéficiaires de l'Aide-sociale. Pour les Résidents en instance de décision d'attribution d'Aide-sociale, un règlement de la moitié du montant de la caution initiale est exigé. En cas d'hébergement temporaire, la caution équivaut au prix de journée hébergement multiplié par le nombre de journées d'hébergement prévue, dans la limite d'un mois

## CHOIX A DETERMINER PAR LA FAMILLE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

<b>Médecin Traitant</b>	Dr _____ Téléphone : _____
<b>Kinésithérapeute</b>	M ou Mme : _____ Téléphone : _____
<b>Établissement d'hospitalisation</b>	Centre hospitalier : _____ Clinique : _____
<b>Ambulances</b>	Nom : _____ Téléphone : _____
<b>Décès</b>	<p><u>Personne à prévenir</u> M ou Mme : _____ Téléphone : _____ De jour : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non De nuit : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><u>Transport du corps</u> <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> chambre funéraire <input type="checkbox"/> Avant (dans les 18h après le décès) ou <input type="checkbox"/> après mise en bière (au-delà de 18h)</p> <p>Incinération : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Existe-t-il un contrat obsèques : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, qui en est le dépositaire : _____</p>
<b>Pompes funèbres</b>	Entreprise : _____ Téléphone : _____
<b>Autres renseignements utiles</b>	<p>Caveau de famille : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, le Lieu : _____</p> <p>Concession : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, le Lieu : _____</p>

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Nom et prénom du résident : \_\_\_\_\_

ou de son représentant légal (lisibles) : \_\_\_\_\_

Signature :

**NB** : Pour tout décès intervenant pendant un jour férié ou un week-end (du vendredi 16h00 au lundi 08h00), aucune sortie de corps hors de la commune de Saint Ambroix ne pourra être effectuée, pour cause de fermeture des services d'état civil municipaux.

## **RESERVATION DE LA CHAMBRE EN CAS D'HOSPITALISATION**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### En cas d'hospitalisation

#### **1<sup>er</sup> cas : Vous payez vos frais d'hébergement, vous avez alors 2 possibilités :**

1. Vous gardez la chambre pendant le séjour hospitalier et les frais de séjour sont à votre charge pendant l'hospitalisation.
2. Vous ne gardez pas la chambre et une sortie effective est faite, vous aurez une nouvelle demande d'admission à faire en fin d'hospitalisation si vous souhaitez revenir à la Maison de Retraite selon les lits disponibles.

#### **2<sup>ème</sup> cas : vous êtes bénéficiaire de l'aide sociale :**

La prise en charge des frais concernant le maintien de votre chambre à la Maison de Retraite est de 5 semaines consécutives. Au-delà la sortie est effective.

### Votre choix

Je choisis de garder la chambre

Je choisis de libérer la chambre

Nom et prénom du résident : \_\_\_\_\_

ou de son représentant légal (lisibles) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

**INFORMATION SUR LA RESPONSABILITE DE LA MAISON DE RETRAITE EN CAS  
DE VOLS, PERTES OU DETORINATION D'OBJETS PERSONNELS**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Conformément aux dispositions de la loi 92.614 du 6 juillet 1992, l'établissement ne peut être tenu pour responsable que pour les objets (et valeurs) déposés chez le comptable public de l'établissement et le dépôt ne peut concerner que des objets dont la nature justifie la détention par la personne.

Ces objets doivent être retirés dans un délai d'un an maximum après la sortie ou le décès de la personne âgée, faute de quoi ils seront transmis aux administrations prévues par la loi.

Nom et prénom du résident : \_\_\_\_\_

ou de son représentant légal (lisibles) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

## LISTE DES CAISSES DE RETRAITE PRINCIPALES ET COMPLEMENTAIRES DU RESIDENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Organismes	Adresses	N° d'Affiliation



## INFORMATIONS DIVERSES

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### Ligne privée téléphonique

Toutes les chambres sont équipées d'un poste téléphonique et vous pouvez recevoir les communications.

Le bureau des entrées pourra contacter, si vous le souhaitez les services techniques pour ouvrir une ligne personnelle et effectuer des appels en national dont vous assumerez les frais à hauteur de 15 € l'abonnement mensuel.

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_ Chambre n° : \_\_\_\_\_

Nom-Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du résident : \_\_\_\_\_

ou de son représentant légal (lisibles) : \_\_\_\_\_

Signature

LES JARDINS  
DE LA CÈZE  
SAINT-AMBROIX

---

**Autorisation de droit à l'image**

**Objet : Autorisation de publier des images**

Je, soussigné(e),

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

Résident de l'Ehpad Les jardins de la Cèze  
160 Montée de la Frigoule  
30500 Saint-Ambroix

J'autorise, à titre gratuit à diffuser des images/photos pour les usages suivants :

- Supports Internes
- Presses (type Midi Libre)
- Internet (type Facebook)

Et ce dans le cadre des activités d'animations.

Je n'autorise pas

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentantes et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétente à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à

Le

Signature :

## TROUSSEAU DU RESIDENT

- Marquage du linge

La Maison de Retraite se chargera de commander et de fixer les marques sur le linge

Il est conseillé d'apporter la totalité du trousseau lors de l'admission pour que l'inventaire contradictoire et le marquage du linge soit fait avec les lingères, ainsi qu'à chaque renouvellement de celui-ci (du lundi au vendredi de 8h00 à 16h00).

- L'entretien du linge

Par mesure d'hygiène tout le linge, y compris les effets personnels, est entretenu par la blanchisserie de l'établissement, les vêtements seront en nombre suffisant, d'autant plus important que l'état de dépendance du résident le nécessite. Dans la journée, la tenue de jour est requise pour les résidents non alités. **Le trousseau ne doit pas comporter des textiles fragiles, devant être nettoyés à sec ou à la main (lainage, soie, rhovyl et Damard).** En cas contraire, l'établissement dégage toute responsabilité en cas de détérioration.

- Le trousseau

Afin d'éviter les apports successifs de linge pendant votre séjour, ainsi que la perte d'un vêtement non marqué, voici la liste, non exhaustive, à fournir lors de votre admission :

### Vêtements de jour

- culottes ou slips
- 7 tricots de corps
- 4 combinaisons
- 6 paires de chaussettes, bas, mi-bas ou collants
- 6 chemises, chemisiers ou polos
- 4 gilets ou pulls
- 6 robes ou 4 jupes
- 6 pantalons ou joggings
- Ceintures ou bretelles
- Tabliers, blouses
- Chaussures confortables pour sortir ou pour l'intérieur (hiver/été)
- Veste, manteau ou imperméable
- Chapeau, écharpe (hiver/été)
- 12 mouchoirs

### Vêtements de nuit

- 6 chemises de nuits ou pyjamas
- 2 robes de chambre
- 2 paires de pantoufles (hiver/été)

### Trousse de toilette

- Gel douche
  - Eau de toilette
  - Shampoing
- } **à fournir régulièrement**
- Brosse, peigne
  - Produits de beauté
  - Nécessaire de coiffure
  - Brosse à dents et dentifrice
  - boîte à appareil dentifrice si nécessaire
  - 1 rasoir électrique ou mécanique
  - Mousse à raser