

LES JARDINS
DE LA CÈZE

DOCUMENTS

ADMINISTRATIFS

Nom :

Prénom :

Pièces au dossier :

- ☐ Fiche UMECO
- ☐ Livret de famille
- ☐ CNI
- ☐ Carte de séjour
- ☐ Attestation de droit de sécurité sociale
- ☐ Mutuelle
- ☐ Copie carte vitale
- ☐ Avis d'imposition N
- ☐ Attestation de responsabilité civile (- de 60 ans)
- ☐ Taxes foncières
- ☐ RIB
- ☐ Notification revenus caisse de retraite

Nom :

Prénom :

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

Nom : _____ Prénom : _____

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

QUESTIONNAIRE D'ADMISSION

Le résident

- Nom –prénoms : _____
- Nom de jeune fille : _____
- Date et lieu de naissance : _____
- Situation familiale (*) : Célibataire
Marié (e) }
Veuf (Ve) } de _____
Divorcé(e) }
- Motif du placement : _____
- Langue maternelle : _____ langue(s) parlée(s) : _____
- Nationalité : _____
- Nombre d'enfants : _____ dont _____ vivants et _____ décédés
- Relations difficiles : avec des enfants : ☐ oui ☐ non
avec un membre de la famille : ☐ oui ☐ non
- Personnalité et trait de caractère : ☐ sociable ☐ renfermé ☐ timide ☐ têtu ☐ autoritaire
- Profession antérieure : _____
- Religion : _____ pratiquant(e) : ☐ oui ☐ non
- Conséquences pratiques (alimentation, prières, rites...) : _____
- Fumeur : ☐ oui ☐ non • Difficultés : à lire ☐ oui ☐ non
à écrire ☐ oui ☐ non
- Habitudes de vie : (heures du lever, du repas, du coucher, de la sieste ...)

- Habitudes vestimentaires et esthétiques : (pantalons, robes, maquillages...)

- Aliments détestés : _____
- Régime alimentaire :
 - ▲ Diabétique ☐ oui ☐ non
 - ▲ Sans sel ☐ oui ☐ non
 - ▲ Hypolipidémique ☐ oui ☐ non
 - ▲ Sans résidus ☐ oui ☐ non
 - ▲ Mixé ☐ oui ☐ non
- Loisirs et activités :
 - ☐ Physiques (promenade, pétanque, ...) :
 - ☐ Artistiques (chant, peinture ...) :
 - ☐ Culturelles (télé, lecture, film, photo...) :
 - ☐ Manuelles (tricot, jardinage...) :
 - ☐ Sociales (danse, jeux ...) :
- Domicile (de secours) :

- Lieu où se trouve actuellement le futur résident :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom : _____

Prénom : _____

<p>Référent (1^{ère} à personne à contacter)</p>	<p>Nom Prénom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ ou _____ Email : _____ Lien de parenté : _____</p>
<p>Autre Personne</p>	<p>Nom Prénom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ ou _____ Email : _____ Lien de parenté : _____</p>
<p>Autre Personne</p>	<p>Nom Prénom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ ou _____ Email : _____ Lien de parenté : _____</p>
<p>Adresse de facturation si différente du résident</p>	<p>Nom Prénom : _____ Adresse : _____ _____</p>
<p>Modalités de règlement</p>	<p><input type="checkbox"/> Prélèvement automatique <input type="checkbox"/> Chèque</p>
<p>Courrier à:</p>	<p>- 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 (Merci de nous fournir des enveloppes de réexpédition à votre adresse) Nom Prénom : _____ Adresse : _____</p>
<p>Coiffeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Sous quelle fréquence : _____</p>
<p>Dépôt de garantie</p>	<p>Le dépôt de garantie est versé 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.</p>

CHOIX A DETERMINER PAR LA FAMILLE

Nom : _____

Prénom : _____

Médecin Traitant	Dr _____ Téléphone : _____
Kinésithérapeute	M ou Mme : _____ Téléphone : _____
Établissement d'hospitalisation	Centre hospitalier : _____ Clinique : _____
Ambulances	Nom : _____ Téléphone : _____
Décès	<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 <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) Incinération : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Existe-t-il un contrat obsèques : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, qui en est le dépositaire : _____
Pompes funèbres	Entreprise : _____ Téléphone : _____
Autres renseignements utiles	Caveau de famille : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, le Lieu : _____ Concession : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, le Lieu : _____

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^{er} 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^{ème} 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 L'EHPAD LES JARDINS DE LA CEZE
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 : _____

[illegible]

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 16 € l'abonnement mensuel.

Nom - Prénom : _____

Service : _____ Chambre n° : _____

Nom-Prénom du demandeur : _____

Nom et prénom du résident : _____

ou de son représentant légal (lisibles) : _____

Signature

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Résident :

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Tuteur ou représentant(e) légal(e)

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Résident à l'EHPAD « Les Jardins de La Cèze »,
160 montée de la Frigoule,
30500 ST Ambroix

Autorise

La prise de photographies ou de vidéos dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement, réalisées pour les usages suivants :

(Cocher vos souhaits)

Intégration dans le dossier médical informatisé (Afin de sécuriser la prise en charge)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Exposition de photographies au sein de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Publication dans le journal des résidents	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Publication sur le site internet de l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Publication sur les réseaux sociaux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diffusion dans le cadre des articles transmis à la presse locale et aux partenaires (associations)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Enregistrement de la voix	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Animations (repas, sorties ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Utilisation stricte dans le cadre des plaies

Lors des RDV médicaux, j'autorise le personnel médical de l'EHPAD Les Jardins de la Cèze à prendre des photos ou vidéos des plaies ou traumatisme :

Visage uniquement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Visage et corps	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Plaies	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Enregistrement de la voix (commentaires verbaux du résident expliquant ces maux)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Cette autorisation est valable un an. Elle pourra être révoquée à tout moment conformément aux **articles 12, 13 et 14 Du RGPD**.

Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus.

La publication ou la diffusion des photographies ne devront pas porter atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation.

Conformément à l'article 9 du code civil, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en est fait et le droit de retrait des photographies.

Le droit à l'image s'applique aux photographies de type portrait et ne concerne pas les photos de groupe.

Date :

Signature

• Marquage du linge

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

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, thermolactyl et cachemire).** 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 tricot de corps
- 4 combinaisons
- 9 paires de chaussettes, bas, mi-bas ou collants
- 6 chemises, chemisiers, polos ou tee-shirts
- 1 gilets
- 4 pulls
- 6 robes ou 4 jupes
- 6 pantalons ou jogging
- Ceintures ou bretelles
- Chaussures confortables pour sortir ou pour l'intérieur (hiver/été)
- Veste, manteau ou imperméable
- Chapeau, écharpe (hiver/été)
- 12 mouchoirs

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

Vêtements de nuit

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