

# DOSSIER DE PRE ADMISSION EHPAD/USLD/HTM



## Hôpitaux des Portes de Camargue

Nom : .....

Prénom : .....

Date dépôt : .....

Réf. 79 ADM ME

# Commission d'admission

Personnes à votre écoute pour tout complément d'information :

Mme Audrey MASSROUA, Responsable du Bureau des Admissions 04 90 91 67 22

Mme Anaïs BURCHI

04 66 02 63 38

Mme Marjorie DI IORIO

04 90 91 56 20

Mail

bde.hpc@hdpdc.fr

## INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

- Un volet administratif renseigné par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (travailleur social, etc...)
- Un volet médical, daté et signé du médecin traitant ou d'un autre médecin, **à mettre sous pli confidentiel**, 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.

**CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPÔT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.**

**NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.**

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

CIVILITE : Monsieur  Madame

Nom de naissance (Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)	<input type="text"/>	
Prénom(s)	<input type="text"/>	
Date de naissance	Pays ou département	<input type="text"/>
Lieu de naissance	<input type="text"/>	
N° immatriculation SS	<input type="text"/>	

### ADRESSE

N° voie, rue, boulevard	<input type="text"/>	
Code postal	Commune / ville	<input type="text"/>
Téléphone :	/ / / / /	Portable / / / / /
Adresse mail :		

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire  vit maritalement  marié(e)  veuf (ve)  séparé(e)  divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

MESURE PROTECTION JURIDIQUE OUI  NON

Si oui, laquelle : Tutelle  curatelle  sauvegarde de justice  mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint ... :

## ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

CIVILITE : Monsieur  Madame

Nom de naissance (Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)	<input type="text"/>	
Prénom(s)	<input type="text"/>	
Date de naissance	Pays ou département	<input type="text"/>
Lieu de naissance	<input type="text"/>	

### ADRESSE

N° voie, rue, boulevard	<input type="text"/>	
Code postal	Commune / ville	<input type="text"/>
Téléphone :	/ / / / /	Portable / / / / /
Adresse mail	_____ :	

## PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI  NON

SI OUI :

CIVILITE : Monsieur  Madame

Nom de naissance   
(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)  
Prénom(s)   
Date de naissance  Pays ou département   
Lieu de naissance

### ADRESSE

N° voie, rue, boulevard   
Code postal  Commune / ville   
Téléphone : / / / / / Portable / / / / /  
Adresse mail  :  
Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

## DEMANDE

Type d'hébergement / accompagnement recherché : hébergement permanent  hébergement temporaire   
Accueil du couple souhaité OUI  NON   
Durée du séjour pour l'hébergement temporaire : \_\_\_\_\_

Situation de la personne concernée à la date de la demande

Domicile  Chez enfant/Proche  logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD/SAD<sup>1</sup>  Accueil de jour

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement   
Ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande OUI  NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) OUI  NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI  NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter<sup>(1)</sup>

Nom de naissance   
(Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)  
Prénom(s)   
Date de naissance  Pays ou département   
Lieu de naissance

### ADRESSE

N° voie, rue, boulevard   
Code postal  Commune / ville   
Téléphone : / / / / / Portable / / / / /  
Adresse mail  :  
Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

<sup>1</sup>SSIAD/SAD : service de soins à domicile / service d'aide à domicile

## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (suite)

Autre personne à contacter<sup>(2)</sup>

Nom de naissance

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

Prénom(s)

Date de naissance

Pays ou département

Lieu de naissance

### ADRESSE

N° voie, rue, boulevard

Code postal

Commune / ville

Téléphone :

/ / / / / Portable / / / / /

Adresse mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER PENDANT LA DUREE D'HEBERGEMENT

(Facturation, suivi du courrier et toutes demandes administratives)

Personne à contacter

Nom, prénom

### ADRESSE

N° voie, rue, boulevard

Code postal

Commune / ville

Téléphone :

/ / / / / Portable / / / / /

Adresse mail :

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

## ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer son séjour ?

seule

avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Liste des tiers payants :

Nom.....Prénom.....Lien avec le résident.....

Nom.....Prénom.....Lien avec le résident.....

Nom.....Prénom.....Lien avec le résident.....

Aide sociale OUI  NON  demande en cours envisagée

Allocation logement OUI  NON  demande en cours envisagée

Allocation personnalisé à l'autonomie\* OUI  NON  demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap / Allocation pour tierce personne OUI  NON

Prélèvement SEPA (si à titre payant) OUI  NON

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT  DANS LES 4 MOIS  ECHEANCE PLUS LOINTAINE   
DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée

Ou de son représentant légal

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit le droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

\* dans certains établissements l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'information, il convient de prendre contact auprès du conseil général de l'établissement souhaité.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR  
PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

**PERSONNE CONCERNEE**

CIVILITE :                    Monsieur                     Madame

Nom de naissance   
 (Suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)  
 Prénom(s)

Date de naissance                     Pays ou département

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Changement d'établissement     fin/retour d'hospitalisation     maintient à domicile difficile

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

**ANTECEDENT MEDICAUX, chirurgicaux                    PATHOLOGIES ACTUELLES**

**TRAITEMENT EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (noms des médicament, posologie, voie d'administration)**

SOINS PALLIATIFS OUI | NON                    ALLERGIES OUI | NON si oui, préciser

<b>CONDUITES A RISQUES</b>	OUI	NON	<b>PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESTANTE</b>	NE SAIT PAS	OUI	NON
Alcool			si oui, préciser (localisation, etc.)			
Tabac			préciser la date du dernier prélèvement			

Taille                     Poids

<b>FONCTIONS SENSORIELLES</b>	OUI	NON	<b>RISQUE DE FAUSSE ROUTE</b>	<b>REEDUCATION</b>	OUI	NON
Cécité			OUI    NON	kinésithérapie		
Surdité				orthophonie		
				autre (préciser)		

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR  
PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

**DONNEES SUR L'AUTONOMIE**

**TRANSFERT**

		A	B	C
DEPLACEMENTS	INTERIEUR			
	EXTERIEUR			
TOILETTE	HAUT			
	BAS			
ELIMINATION	URINAIRE			
	FECALE			
HABILLAGE	HAUT			
	BAS			
ALIMENTATION	SE SERVIR			
	MANGER			
ORIENTATION	TEMPS			
	ESPACE			
COMMUNICATION POUR ALERTER				
COHERENCE				

**SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX**

	OUI	NON
IDEES DELIRANTES		
HALLUCINATIONS		
AGITATIONS,AGRESSIVITE (CRIS...)		
DEPRESSION		
ANXIETE		
APATHIE		
DESINHIBITION		
COMPORTEMENTS MOTEURS		
ABERRANTS (dont déambulation pathologique risque de sorties non accompagnées...)		
TROUBLE DU SOMMEIL		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
SOINS D'ULCERE		
SOINS D'ESCARRES		
LOCALISATION		
STADE		
DUREE DU SOIN		
TYPE DE PANSEMENT		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
OXYGENOTHERAPIE		
SONDES D'ALIMENTATION		
SONDE TRACHEOTOMIE		
SONDE URINAIRE		
GASTROTOMIE		
COLOSTOMIE		
URETEROSTOMIE		
APPAREIL VENTILATOIRE (CPAP,VNI,...)		
CHAMBRE IMPLANTABLE		
DIALYSE PERITONEALE		

APPAREILLAGES	OUI	NON
FAUTEUIL ROULANT		
LIT MEDICALISE		
MATELAS ANTI ESCARRES		
DEAMBULATEUR		
ORTHESE		
PROTHESE		
PACE MAKER		
AUTRES (PRECISER)		

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE,ASPECT COGNITIFS,...)**

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (SI DIFFERENT DU MEDECIN TRAITANT)

NOM

PRENOM

N° voie, rue, boulevard  
Code postal

Commune / ville

Téléphone :                    /                    /                    /                    /                    /                    Portable                    /                    /                    /                    /                    /

Date de la demande : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SIGNATURE  
CACHET DU MEDECIN



## TARIFS

Souhait d'établissement par ordre de préférence	Lieux	Tarif
	EHPAD Clerc de Molières Tarascon Tarif au 01/01/2023 Hébergement Tarif au 01/01/2023 Dépendance Montant sur 30 jours Tarif dépendance inclus	GIR 1/2 : 2 490,90 euros par mois GIR 3/4 : 2 278,80 euros par mois GIR 5/6 : 2 066,70 euros par mois TARIF – 60 ANS : 2 428,20 euros par mois
	Unité de Soins de Longue Durée Tarascon Tarif au 01/01/2023 Hébergement Tarif au 01/01/2023 Dépendance Montant sur 30 jours Tarif dépendance	GIR 1/2 : 2 556,00 euros par mois GIR 3/4 : 2 322,90 euros par mois GIR 5/6 : 2 060,10 euros par mois TARIF – 60 ANS : 2 559,60 euros par mois
	EHPAD Oustaù Beaucaire Tarif au 01/01/2023 Hébergement Tarif au 01/04/2023 Dépendance Montant sur 30 jours Tarif dépendance inclus	GIR 1/2 : 2 684,40 euros par mois GIR 3/4 : 2 423,70 euros par mois GIR 5/6 : 2 163,30 euros par mois TARIF – 60 ANS : 2 537,40 euros par mois
	EHPAD Gaston Doumergue Beaucaire Tarif au 01/01/2023 Hébergement Tarif au 01/04/2023 Dépendance Montant sur 30 jours Tarif dépendance inclus	GIR 1/2 : 2 636,40 euros par mois GIR 3/4 : 2 393,40 euros par mois GIR 5/6 : 2 150,40 euros par mois TARIF – 60 ANS : 2 552,40 euros par mois
FERME TEMPORAIREMENT	HTM Tarascon (service fermé actuellement) Tarif au 01/01/2023 Hébergement Tarif au 01/01/2023 Dépendance Montant sur 30 jours Tarif dépendance inclus	GIR 1/2 : 2 490,90 euros par mois GIR 3/4 : 2 278,80 euros par mois GIR 5/6 : 2 066,70 euros par mois TARIF – 60 ANS : 2 428,20 euros par mois

**LE PLACEMENT DANS LES UNITES EST DETERMINE PAR LE DOSSIER MEDICAL ET L'AVIS COLLEGIAL DES MEDECINS DE L'ETABLISSEMENT**

### LE DEPOT DE GARANTIE :

Lors de l'admission le résident devra s'acquitter d'un dépôt de garantie, encaissé par le Trésorier, correspondant à 30 jours de frais d'hébergement. Ce dernier est demandé pour garantir le paiement des frais de séjour et prendre en charge les réparations ou charges liées à d'éventuelles dégradations du fait du résident, constatées dans les locaux privés mis à sa disposition. A ce titre un état des lieux sera réalisé à l'entrée et à la sortie du résident. Le dépôt de garantie est restitué à la personne hébergée ou son représentant légal dans les 30 jours qui suivent sa sortie de l'établissement, sous réserve de la remise à l'administration des documents nécessaires et du paiement des éventuelles créances ainsi que des éventuelles dégradations constatées lors du départ du résident.

La caution ne sera pas demandée lorsque le résident bénéficie de l'aide sociale ou s'il en bénéficiera dans l'année qui suit son admission. Dans ces situations-là, l'état des lieux ne sera pas réalisé non plus.

# **LISTE DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS**

**DUREE DE VALIDITE DU DOSSIER : 4 MOIS au-delà de ce délai le dossier est détruit**

*L'admission est subordonnée à la constitution d'un dossier administratif, pour lequel les documents suivants sont nécessaires (sous forme de photocopies) :*

## **Pour une demande en EHPAD :**

### **\* Pièces obligatoires à fournir avec le dossier de pré-admission**

- Livret de famille.
- La pièce d'identité en cours de validité (**recto/verso**).
- La carte vitale ainsi que **l'attestation mise à jour**.
- La carte d'affiliation à un régime complémentaire (**mutuelle recto/verso**).
- **Les pièces justificatives des ressources ou la photocopie de la déclaration d'impôts.**
- Les six **derniers relevés bancaires**.
- Impôt sur les revenus.
- Taxe foncière.
- Taxe d'habitation.
- Un relevé d'identité bancaire ou postal.
- Le numéro d'affiliation à la Caisse carte de séjour pour les résidents étrangers.
- La notification de l'A.P.A. à domicile.
- L'engagement à payer.
- Pour les personnes âgées de moins de 60 ans, la dérogation d'âge.
- Le jugement de tutelle.
- Appel de cotisation de la complémentaire santé
- Un extrait d'acte de naissance
- La carte de séjour pour les résidents étrangers
- Le descriptif des biens immobiliers (copie acte notarié)
- Le livret de caisse d'épargne
- Les bulletins de pensions
- Vos éventuelles instructions en cas de décès, nom et coordonnées du notaire
- L'attestation d'assurance de responsabilité civile

## **Pour une demande en HTM (Hébergement Temporaire Médicalisé) :**

### **\* Pièces obligatoires à fournir avec le dossier de pré-admission**

- La pièce d'identité en cours de validité (**recto/verso**).
- Livret de famille.
- La carte vitale ainsi que **l'attestation mise à jour**.
- La carte d'affiliation à un régime complémentaire (**mutuelle recto/verso**).
- L'engagement à payer
- L'attestation d'assurance de responsabilité civile

*Les résidents s'engagent à actualiser ces documents et informations, dont l'établissement garantit la confidentialité.*

# ENGAGEMENT DE PAYER

**Vu,**

Les articles 205, 206, 207,212 du Code Civil  
L'article L6145-11 du Code de la Santé Publique  
Le chapitre 2§1 de l'instruction codificatrice n°00-30-M21

Je soussigné, M ..... Prénom : .....  
agissant en tant que représentant de

M ..... Prénom : .....

Je déclare avoir pris connaissance des tarifs d'hébergement et de dépendance en cours, arrêtés par Mr le  
Directeur des Hôpitaux des Portes de Camargue,

Je déclare, régler pendant toute la durée de l'hébergement\*

✓ Le tarif hébergement

✓ Le tarif dépendance

En vigueur durant toute la durée le séjour.

- En cas de changement de situation en informer le plus rapidement possible le bureau des Admissions

Je déclare, transmettre l'ensemble des documents nécessaires pour la constitution du dossier d'Aide  
Sociale, au vu des revenus insuffisants pour subvenir au frais d'hébergement. Et être averti qu'en qualité  
de descendant je suis obligé alimentaire.

Fait à Tarascon, le : .....

**Signature**, précédée de la mention manuscrite  
« Ayant pris connaissance de l'obligation contractée »

(Il est rappelé que les articles 441-6 et 441-7 du Code Pénal prévoient de punir d'emprisonnement et d'amende les auteurs de déclarations mensongères ou attestation  
inexactes auprès d'une administration publique visant un avantage indu ou portant préjudice au Trésor public)

## **Information complémentaire sur la prise en charge par l'Aide Sociale Versement d'une provision**

Selon l'article 142-1 de la circulaire du Code de la Famille et de l'Aide Sociale, à compter du 01 juin 2012, il est appliqué dans les services d'hébergement des Hôpitaux des Portes de Camargue les décisions suivantes :

Toute demande de constitution de dossier d'Aide Sociale amènera une provision calculée de manière identique à celle du Conseil Général durant toute la durée de l'instruction et jusqu'au jour de la notification.

Cette provision sera déposée sur le compte de l'établissement au Trésor Public de Tarascon, étant donné les délais importants quand aux prises de décision d'attribution de l'Aide Sociale. Cette provision permet d'éviter les difficultés ultérieures de recouvrement.

Les règles relatives au versement de la provision sont inscrites dans le contrat de séjour. Ainsi, dès son entrée dans l'établissement l'hébergé qui a demandé à bénéficier de l'Aide Sociale est invité par le Directeur à signer une déclaration par laquelle il s'engage à payer une provision tous les mois, à terme échu, ou selon une périodicité correspondant à celle du versement de ses revenus. Cette déclaration indique également les revenus dont il dispose.

Le montant de cette provision est déterminé par le responsable de l'établissement sur la base des revenus déclarés par la personne hébergée ; il est calculé selon les mêmes règles que la contribution des personnes prises en charge au titre de l'Aide Sociale, dont les modalités de versement sont fixées soit par l'article 142-1 du code de la Famille et de l'Aide Sociale, soit par le règlement départemental d'Aide Sociale, le Directeur de l'établissement public informe le comptable public du montant de la provision à encaisser en lui adressant un relevé détaillé des sommes dues à ce titre et indiquant sa périodicité du versement.

Dès notification de la décision de la Commission d'Aide Sociale fixant le taux de participation de l'hébergé, la provision est régularisée dans les conditions décrites au paragraphe ci-après.

### **Paiement et emploi de la provision**

Pendant la période transitoire allant de la date d'entrée dans l'établissement à la date de la décision de la Commission d'Aide Sociale, l'hébergé gère librement son patrimoine sans aucune intervention de l'administration de l'établissement et doit s'acquitter lui-même de la provision calculée par le responsable de l'établissement lors de son entrée.

Cela étant, l'hébergé peut, pendant cette période d'attente, confier au receveur de l'établissement le soin d'encaisser ses ressources à sa place et de payer les dépenses, dont la provision. A cet effet, les comptables doivent être dûment mandatés, par écrit, par l'hébergé pour effectuer ces opérations.

Il est toutefois souligné que cette procuration, sous seing privé, donnée au comptable, est valable uniquement pour la période précédant la décision d'admission à l'Aide Sociale. Si l'admission est accordée la prolongation de cette procédure doit être autorisée par le Président du Conseil Général. L'encaissement de la provision ne donne pas lieu à l'émission de titres de recettes. Les sommes encaissées sont comptabilisées sur un compte d'attente.

Dès admission de l'hébergé à l'Aide Sociale dans les établissements publics, l'ordonnateur émet un titre de recettes à l'encontre du Département du montant des sommes dues par chaque hébergé et dûment annoté par le comptable des encaissements qui sont intervenus.

# TROUSSEAU

## Composition du trousseau de linge de base

Le linge de maison (draps, serviettes de toilette, serviettes de table...) est fourni et entretenu par l'établissement à titre gracieux.

Il est demandé, dès l'entrée, de se doter d'un trousseau de linge personnel qui sera marqué au nom du résident (cf. liste ci-dessous non exhaustive). Tout nouvel apport de linge devra également être marqué pour éviter une perte lors du lavage.

L'entretien du linge est assuré par l'établissement. Cependant, l'entretien des vêtements délicats et fragiles reste à la charge du résident ou de sa famille car il est incompatible avec le lavage réalisé en blanchisserie.

Un forfait global est cependant demandé pour le marquage du linge (cf. [annexe 1](#) ; le forfait marquage du linge est facturé seulement si l'établissement réalise le marquage. Si c'est l'entourage qui marque le linge, le forfait ne sera pas facturé.).

Ce trousseau ne constitue qu'une base, il peut être modifié en fonction de l'état de la personne et doit être réactualisé chaque fois que nécessaire (saison, usure du linge...).

Les fibres synthétiques ou délicates (soie, laine naturelle, rhovyl...) sont incompatibles avec le lavage industriel et donc, déconseillées.

Les objets de toilette utilisés habituellement par la personne doivent être fournis et renouvelés selon ses besoins (rasoir, brosse à dents, peigne, crèmes...).

5 robes ou pantalons ou jupes (avec chemisiers ou équivalent) 3 cardigans	5 pantalons ou bas de survêtement 6 chemises ou polos 3 pulls ou gilets
6 paires de collants ou bas ou chaussettes 6 combinaisons 6 soutiens-gorge 6 culottes 6 tricots de corps 12 mouchoirs	6 paires de chaussettes 6 slips 6 tricots de corps 12 mouchoirs
6 chemises de nuit 1 robe de chambre ou peignoir 2 paires de pantoufles lavables chaussures confortables	6 pyjamas 1 robe de chambre ou peignoir 2 paires de pantoufles lavables chaussures confortables

## Prévoir un trousseau d'été et un d'hiver

## Forfait téléphonique

Sur option, le résident peut demander la mise à disposition d'un téléphone fixe. Il pourra émettre et recevoir des appels téléphoniques directement depuis sa chambre (cf. [annexe 1](#)).

## ANNEXE 1 – option d’hébergement

Nom / prénom du patient :.....

### Option téléphone

#### Forfait téléphone :

Sur option, le résident peut demander la mise à disposition d’un téléphone fixe. Il pourra émettre et recevoir des appels téléphoniques directement depuis sa chambre.

Le forfait téléphonie est facturé au tarif de cinq euros par mois (5€) :

- Je souhaite pouvoir émettre et recevoir des appels directement depuis ma chambre, je serai facturé au tarif de 5€ par mois.
- Je ne souhaite pas avoir un téléphone fixe dans ma chambre.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

*Jour de l’entrée : \_\_\_\_\_*

*Le Directeur ou son représentant*

*Le résident ou son représentant*