

# DOSSIER ADMINISTRATIF ET DE FINANCEMENT

## pour admission en E.H.P.A.D. (\*)

(Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

*(\*) L'admission ne pourra se faire que sur présentation d'un dossier complet.*

Documents à adresser par mail ou à déposer au :

**Service clientèle et facturation**  
**Résidence La Transat – 21 Rue de La Transat – LE HAVRE**

Dossiers répartis par ordre alphabétique :

- de A à LA : **Pierrette BENARD : 02 35 53 60 18 /p.benard@ehpad-havre.fr**

- de LE à Z : **Sophie LEBARON :02 35 53 60 19/s.lebaron@ehpad-havre.fr**

# Liste des pièces à fournir pour l'admission

## ➤ JUSTIFICATIFS A FOURNIR DANS TOUS LES CAS (ne pas agraffer les documents)

- Une photocopie de l'intégralité de **vos** livret de famille ou si célibataire un extrait d'acte de naissance (de moins de 3 mois).
- Une photocopie de la **carte d'identité ou passeport**.
- Une photocopie de l'**attestation de responsabilité civile**.
- Une photocopie de l'**attestation de Sécurité Sociale** à jour de vos droits.
- Une photocopie de la **carte de mutuelle** à jour de vos droits.
- Une photocopie de votre **dernier avis d'imposition ou de non-imposition**.
- Une photocopie de votre dernière **déclaration pré remplie des revenus** ou la photocopie de vos **derniers relevés annuels de pensions et de rentes**.
- 3 derniers relevés de comptes courant
- Fiche d'identité de la **personne de confiance** (cf. imprimé joint)

## ➤ JUSTIFICATIFS A FOURNIR SELON VOTRE SITUATION (merci de remettre cette fiche complétée avec vos justificatifs)

- Bénéficiez-vous ou avez-vous demandé à bénéficier de l'**Allocation Personnalisée d'Autonomie** ?  
 OUI  NON (si oui, fournir notification d'attribution)
- Bénéficiez-vous d'une **protection juridique** (Tutelle/Curatelle/Sauvegarde de justice...) ?  
 OUI  NON (si oui, joindre la décision de justice)
- Avez-vous souscrit un **contrat obsèques** ?  
 OUI  NON (si oui, fournir la copie du contrat)
- Avez-vous souscrit une **assurance vie** ?  
 OUI  NON (si oui, fournir la copie du contrat)
- Détenez-vous des comptes de placement ?  
 OUI  NON (si oui, fournir la copie du dernier relevé)
- Bénéficiez-vous ou avez-vous demandé à bénéficier de l'**Allocation Logement** ?  
 OUI  NON (si oui, fournir le numéro d'allocataire)
- Bénéficiez-vous d'une **prestation de compensation du handicap ou majoration/prestation pour tierce personne** ?  
 OUI  NON (si oui, fournir le justificatif d'attribution)
- Etes-vous **propriétaire** ?  
 OUI  NON (si oui, fournir le dernier avis de taxe foncière)
- Avez-vous une **invalidité** reconnue ?  
 OUI  NON (si oui, fournir la copie recto/verso de la carte d'invalidité)

## ➤ JUSTIFICATIFS A FOURNIR SI UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE EST ENVISAGEE

- Nom et adresse de tous les enfants
- Si vous êtes locataire, copie de la dernière quittance de loyer
- Appel à cotisations/échancier de la mutuelle
- Appel à cotisations/échancier de l'assurance responsabilité civile
- Photocopie des 12 derniers relevés de tous vos comptes bancaires avant l'entrée.
- Extrait d'acte de naissance (de moins de 3 mois)
- Estimation du bien immobilier
- Carte de séjour pour les ressortissants étrangers en vigueur

**A NOTER : Afin de vous renseigner sur votre éventuelle participation en tant qu'obligé alimentaire, nous vous invitons à contacter MME VILLAIN au 02-35-03-52-28**

# Fiche d'identité de la personne de confiance

Cette fiche permet de désigner votre « personne de confiance ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier lieu si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné (e) nom, prénom, date et lieu de naissance

.....  
.....

désigne la personne de confiance suivante :

Nom et

prénom : .....

Domicilié (e) à : .....

Téléphone privé : .....téléphone professionnel : .....

Email : .....

→Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

OUI                       NON

→Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

OUI                       NON

Fait au Havre, le .....

**Votre Signature**

**Signature de la personne de confiance**

## QUE COMPRENNENT LES « FRAIS DE SEJOUR »

Le tarif se décompose en 3 parties, l'hébergement, la dépendance et les soins. Dans le vocabulaire des E.H.P.A.D., les termes « Frais de Séjour » correspondent à la somme de l'hébergement et de la dépendance.

**Le tarif hébergement :** recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation.

**Le tarif dépendance :** couvre toutes les prestations d'aide et de surveillance à apporter aux personnes hébergées ayant perdu tout ou partie de leur autonomie pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie courante.

**Le tarif de soins global :** Il recouvre à la fois des soins de base (ou de nursing) et des soins techniques.

### Que comprennent les tarifs ?

Tarif Hébergement	Tarif Dépendance
<ul style="list-style-type: none"><li>70 % des amortissements.</li><li>70 % des dépenses d'entretien (ménage, lingerie...) et du personnel.</li><li>70 % des fournitures hôtelières (vaisselle, linge de maison, etc...)</li><li>70 % des frais de blanchisserie</li><li>70 % des produits et matériel d'entretien.</li><li>Les frais de personnel concernant l'administration, l'entretien, l'animation</li><li>Les frais de restauration.</li><li>Tous les services extérieurs (assurances, eau, électricité, gaz)</li><li>Toutes les dépenses relatives à l'administration, la salubrité.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>30 % des amortissements</li><li>30 % des dépenses d'entretien (ménage) et du personnel correspondant.</li><li>30 % des fournitures hôtelières</li><li>30 % des frais d'aides-soignants (AS) et aides médico-psychologiques (AMP)</li><li>30 % des frais de blanchisserie</li><li>30 % des produits d'entretien</li><li>les frais liés aux psychologues,</li><li>Tous les frais de couches, alèses et produits absorbants.</li></ul>

### Tarifs Soins (régulé par l'assurance maladie)

#### Prestations médicales et paramédicales :

- 70 % de la rémunération des aides soignants et aide médico-psychologiques
- l'amortissement du matériel médical (armoire de pharmacie, chariot de soins, déambulateur, fauteuil roulant non électrique et non affecté à un résident particulier, lit médical, soulève malade...)
- La rémunération et les charges sociales des auxiliaires médicaux salariés (infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, pédicures-podologue diplômés d'état sur prescription médicale...)
- La rémunération et les charges sociales du médecin coordonnateur et des médecins salariés.
- le petit matériel (bandes de contention, seringue, articles pour pansements, sondes nasogastriques ou naso-entérale, ouate, ...)
- Les examens de biologie et radiologie autres que ceux nécessitant le recours à des équipements lourds (sans hospitalisation),
- Les frais de kinésithérapie des libéraux (quand l'établissement n'a pas la possibilité d'avoir son propre kiné., cela peut être remplacé par des vacations).
- Les médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et agréées aux collectivités.

# FRAIS ANNEXES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ETABLISSEMENT

## Assurance obligatoire :

- Assurance responsabilité civile,  
→ fournir l'attestation tous les ans

## Frais liés aux soins :

- Cotisation à une mutuelle de santé,  
→ *fournir la carte mise à jour tous les ans*
- Actes d'imagerie réalisés par des équipements lourds (scanners, I.R.M..)
- Honoraires et prescriptions de médecins spécialistes libéraux,
- Le ticket modérateur,
- Les médicaments non remboursables
- Les soins conservateurs, chirurgicaux et prothèses dentaires tant en établissements de santé qu'en cabinet de ville,
- Les fournitures d'optiques,
- Séjours et interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques,
- Soins de court séjour avec ou sans hébergement y compris les prises en charge alternative à l'hospitalisation,
- Transports non sanitaire,
- Transports sanitaires sauf en cas d'hospitalisation,
- Honoraires et prescriptions de médecins spécialistes libéraux,
- Le ticket modérateur,
- Les fournitures d'optiques,
- Soins de court séjour avec ou sans hébergement y compris les prises en charge alternative à l'hospitalisation,
- Transports non sanitaire,
- Transports sanitaires sauf en cas d'hospitalisation,

## Frais liés au confort :

- Soins de pédicurie de confort,
- Chaussures et semelles orthopédiques
- Coiffeur,
- Loisirs, abonnements journaux,

## Le linge et les effets personnels :

- Linge et effets personnels (pyjama, chemise de nuit, robe de chambre, pantoufles, chaussures, robes, pantalons, pulls, chemises, chemisiers, manteau, chapeau de soleil, sous-vêtements, etc...),
- Nécessaire de toilette (trousse de toilette, rasoir, peigne, brosse, brosse à dents...),
- Produits d'hygiène (savon, gel douche, parfum, produit pour dentier, dentifrice...),
- Petite valise (si hospitalisation),

## Divers :

- Abonnement téléphonique et communications,
- Loisirs, abonnements journaux,
- Coût des repas pris dans la structure par des invités,
- Emménagement et déménagement de la chambre (petits meubles, T.V., ...)
- Les frais d'inhumation,
- Prestations ponctuelles organisées par l'établissement et faisant l'objet d'une participation financière ponctuelle (sorties, restaurant, cinéma...),
- Réparation sur les biens personnels (Fauteuil roulant, T.V., poste de radio, horloge, etc...).

---

## ENGAGEMENT DE PAYER

### ➤ Identité de la personne admise aux Escalles

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

### ➤ Personne signataire de l'engagement :

Je soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

m'engage à régler les frais de séjour à compter de mon/son <sup>(1)</sup> entrée en EHPAD ainsi que des autres frais éventuels à ma/sa <sup>(1)</sup> charge (frais divers : pédicure, coiffeur...et tarifs des prestations annexes) :

:

Moi-même

OU

en qualité de « Lien de parenté » : .....

---

<sup>1</sup> Si le soussigné n'est pas le résident.

## CIRCUIT D'UNE DEMANDE D'ADMISSION EN EHPAD



