



N° CERFA 14732*03

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : _____	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>. Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif :** il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal ;
- **un volet médical :** il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'EHPAD qui pourra émettre un avis sur la possibilité de l'établissement à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter via trajectoire, le cas échéant.

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance² : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI NON

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence service seniors Long séjour
EHPAD Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____
Code postal [][][][][] Commune/ville _____

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____
Adresse email _____ @ _____
Proche aidant : OUI NON
Personne de confiance : OUI NON

Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse

N° Voie, rue, boulevard _____
Code postal [][][][][] Commune/ville _____

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____
Adresse email _____ @ _____
Proche aidant : OUI NON
Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.
² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.
³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.
⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom

Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher la mention utile)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez :
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA en établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

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 un 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.

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Civilité : Monsieur Madame

Demande urgente OUI NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI NON

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI NON

Coordonnées du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé¹

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Amaigrissement récent² Oui Non

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :		
Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage		
OUI <input type="checkbox"/>		
NON <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles ³	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :		
- visuelle ;		
- auditive		
- gustative		
- olfactive		
- vestibulaire		
- tactile		

Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :		
- Kinésithérapie		
- Orthophonie		
- Autre (précisez) :		

Risque de chute Oui Non

Risque de fausse route Oui Non

Soins palliatifs Oui Non

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies

Oui	Non	si oui, précisez :
Oui	Non	si oui, précisez :
Ne sait pas		
date du dernier prélèvement : -		

Portage de bactérie
multi résistante

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

ANNOEULLIN, le

Résidence « Les Jardins Argentés »
Chemin Desnoullet

59112 ANNOEULLIN

Tél : 03/20/60/60/60

Fax : 03/28/55/17/41

DOSSIER D'INSCRIPTION

NOM :

PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

ADRESSE ACTUELLE :

.....

.....

Entrée souhaitée pour :

La prise en considération de la demande ne sera effective que si le dossier est correctement complété.

Merci de joindre : *Une photocopie du livret de famille.(Toutes les pages)*

- Une photocopie de la dernière déclaration de revenus.*
- Une photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition.*
- Copie du titre de propriété.*
- Attestation Conseil Général A.P.A. Numéro.*
- 3 Derniers relevé compte (compte courant).*
- Attestation bancaire pour les placements, si négatif attestation néant.*
- Une photocopie de l'attestation de la carte de sécurité sociale, de mutuelle.*

Résidence « Les Jardins Argentés »
Chemin Desnoullet

59112 ANNOEULLIN

Tél : 03/20/60/60/60
Fax : 03/28/55/17/41

ETAT CIVIL

Date de naissance :

Age :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Etat matrimonial : 1. Marié (e)
2. Concubinage .
3. Célibataire.
4. Religieux (euse).
5. Autres.
6. Veuf (ve) depuis le :
7. Divorcé (e) depuis le :

Professions antérieures : 1
2
3

Nom et adresse du dernier employeur :
.....
.....

POUR LES ETRANGERS :

Carte de séjour du résident : Délivrée le :

Par : Valable du : au :

Entré (e) en France depuis le :

ETAT CIVIL DU CONJOINT :

Livret de famille :

Résidences au cours des trois dernières années.

<u>Commune</u>	<u>Adresse précise</u>	<u>Département</u>	<u>Date d'arrivée</u>	<u>Date de départ</u>

Si l'intéressé (e) est hospitalisé (e) ou placé (e), indiquer l'adresse précise :
.....

BIENS IMMOBILIERS :

Adresse	Superficie	Valeur annuelle	Revenu annuel
BATIES			
NON BATIES			

Biens ayant fait l'objet d'un partage, d'une donation, d'une vente depuis moins de cinq ans.

Nom et adresse du bénéficiaire :

.....

Valeur déclarée : Notaire :

Date de l'acte :

Existe – t – il une clause d'entretien :

Noms et prénoms, adresse précise du conjoint et des enfants. (pour les femmes, indiquer : épouse, veuve, divorcée de ...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements relatifs à ma situation, et notamment mes ressources.

Je m'engage à tenir informer l'INSTANCE de toutes modifications qui pourraient intervenir dans ma situation et faciliter l'enquête susceptible d'être effectuée.

Fait le : à :

Signature :

RESSOURCES

En date du :

AVANTAGES DE BASE : (en euros)

		Ouvrant droit	Conjoint
CRAM	<input type="checkbox"/>
MSA	<input type="checkbox"/>
CCSMA	<input type="checkbox"/>
CAISSE COMMERCIALE	<input type="checkbox"/>
CAISSE ARTISANALE	<input type="checkbox"/>
CAISSE DES MINES	<input type="checkbox"/>
DEPÔTS ET CONSIGNATIONS	<input type="checkbox"/>
CIRPS	<input type="checkbox"/>
AUTRES	<input type="checkbox"/>

AVANTAGES COMPLEMENTAIRES : (en euros)

		Ouvrant droit	Conjoint
IRCOTEX	<input type="checkbox"/>
AGRR	<input type="checkbox"/>
AUTRES	<input type="checkbox"/>

PLACEMENTS : (en euros)

- Livret de Caisse d'Epargne
- CODEVI
- LEP
- Autres :

AUTRES RESSOURCES : (en euros)

		Ouvrant droit	Conjoint
Allocation handicapés	<input type="checkbox"/>
Rente accident de travail	<input type="checkbox"/>
Maladie professionnelle	<input type="checkbox"/>
Pension d'invalidité	<input type="checkbox"/>
Pension militaire	<input type="checkbox"/>
Pension veuve de guerre	<input type="checkbox"/>
Pension d'Ascendant	<input type="checkbox"/>
Rente viagère	<input type="checkbox"/>
Revenus mobiliers	<input type="checkbox"/>
Revenus immobiliers	<input type="checkbox"/>
Pensions alimentaires	<input type="checkbox"/>
Salaires	<input type="checkbox"/>
Bénéfices Artisanat/Commerces	<input type="checkbox"/>
TOTAL TRIMESTRIEL (en euros)	

Résidence « Les Jardins Argentés »
Chemin Desnoulet

59112 ANNOEULLIN

ANNOEULLIN, le

Tél : 03/20/60/60/60

Fax : 03/28/55/17/41

ENGAGEMENT A CONTRIBUER AUX FRAIS D'HEBERGEMENT

Je soussigné (e) : Nom :
Prénom :

Domicilié(e) à : N° , rue :
Code Postal :
Ville :

Agissant en qualité de (1) :

Reconnait , en vertu de l'article 205 et suivants du Code Civil, devoir contribuer aux frais de séjour de :

Madame :

Monsieur :

Admis (e) le :

Dont le tarif journalier pour l'année 20.... Est de :
(sous réserve de changement de tarif)

Le montant mensuel s'élève à :

Je m'engage à verser cette contribution chaque mois, par tout moyen à ma convenance entre les mains de Monsieur le Receveur Hospitalier.

Adresse : Trésorerie d'Annoeullin
2, rue de la Bouvaque
B.P. 59
59112 ANNOEULLIN

Par ailleurs, je m'obligerai à fournir tous les documents et renseignements relatifs aux organismes payeurs de pensions, et de revenus, ainsi que la prise en charge de l'aide sociale dans le cas où celle – ci serait sollicitée.

Signature :

(1) Mari, Frère, Sœur, ... etc.

TROUSSEAU (LINGE MINIMUM CONSEILLE)

L'inventaire est fait lors de l'admission de la personne par le personnel de l'établissement.

Il est conseillé d'éviter les vêtements fragiles type DAMART et assimilés, pures laines, soies difficiles d'entretien. L'établissement décline toute responsabilité à l'égard de ce type de vêtements.

Le linge sera à renouveler en fonction d'une utilisation normale par une personne âgée.

- Δ 8 gants de toilette
- Δ 8 serviettes de toilette
- Δ 2 draps de bain
- Δ 6 serviettes de table
- Δ 10 mouchoirs ou 2 boîtes de mouchoirs jetables (à renouveler régulièrement)
- Δ 1 robe de chambre
- Δ 5 chemises de nuit ou pyjamas ou grenouillères
- Δ 8 slips ou culottes en coton
- Δ 8 maillots de corps en coton
- Δ 3 soutiens – gorge (le cas échéant)
- Δ 8 paires de bas ou chaussettes –à renouveler régulièrement)
- Δ 4 combinaisons
- Δ 4 pantalons ou robes/jupes
- Δ 3 gilets ou pulls
- Δ 1 manteau ou blouson ou imperméable
- Δ 2 paires de pantoufles lavables
- Δ 1 paire de chaussures
- Δ 1 petite valise ou sac de sport (en cas d'hospitalisation)

Nécessaire de toilette (à renouveler régulièrement) : 1 brosse, 1 peigne, 1 brosse à dent + son étui, 1 tube de dentifrice, 1 boîte pour dentier + 1 nettoyant appareil dentaire, 1 savon + 1 boîte à savon, 1 gel douche, 1 shampooing, 1 trousse de toilette, ...