

**Admissions EHPAD-USLD**

2 rue Fréteau de Pény

77000 Melun

☎ : 01.64.71.61.33

✉ : [adm.clement@ghsif.fr](mailto:adm.clement@ghsif.fr)

## Documents à fournir en vue d'une ADMISSION EN EHPAD - USLD

### Constitution du dossier administratif

- Partie administrative du dossier national de demande d'admission en EHPAD
- Copie de la carte d'identité
- Carte d'invalidité + notification MDPH le cas échéant
- Copie du livret de famille ou acte de naissance
- Justificatif d'affiliation à un régime d'assurance maladie
- Attestation d'adhésion à un organisme mutualiste ou copie de la carte mutuelle recto/verso en cours de validité
- Justificatif des ressources et des biens (titres de pension, avis d'imposition sur le revenu et/ou foncier, justificatifs d'épargne)
- Déclaration pré-remplie des impôts sur le revenu
- Avis d'imposition taxe foncière, taxe d'habitation ou justificatif du domicile de secours
- Copie de la quittance d'assurance responsabilité civile
- Copie de la quittance de l'assurance des biens et objets personnels
- Contrat obsèques
- Identité, adresse et numéro de téléphone des personnes à prévenir
- Coordonnées complètes des enfants (filiation directe) et des petits enfants le cas échéant
- Fiche de renseignements
- Demande d'admission
- Engagements de paiements
- Notification d'A.P.A en établissement ou à domicile
- Notification de l'aide-sociale à l'hébergement accordée ou du dépôt de dossier le cas échéant
- Le cas échéant la procuration d'une tierce personne sur les comptes bancaires
- Copie du jugement du tribunal d'instance en cas de décision de curatelle, tutelle ou sauvegarde de justice
- Justificatifs bancaires
- 2 photos d'identité récentes ou 2 photos familiales permettant de bien décrire la personne

### Remise de documents pour information

- Désignation de la personne de confiance
- Directives anticipées
- Règlement de fonctionnement
- Contrat de séjour

### Constitution du dossier médical

- Le questionnaire médical du dossier national de demande d'admission en EHPAD.
- Le dossier médical et ordonnances en cours si le résident n'a pas été hospitalisé au préalable au sein du Groupe Hospitalier Sud Ile de France.

## Fiche De Renseignements

Date : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Date et Lieu de naissance : .....

Actuellement :  A domicile

Hospitalisé (coordonnées de l'établissement)

Nationalité : .....

Situation de famille : ..... Nombre d'enfants : .....

Adresse : .....

Propriétaire :  OUI  NON

Depuis : .....

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Mesure de protection : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Mutuelle : .....

Nom, Adresse, Téléphone et Mail du conjoint des enfants ou personne à contacter :

(Préciser le lien de parenté et souligner la personne référente)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom, Adresse, Références des pensions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Montant Mensuel des Pensions :

.....

Demande d'aide sociale envisagée :       OUI       NON

Contrat obsèques :       OUI       NON

Notaire (nom et adresse):

.....

.....

## Demande d'Admission au Service des Personnes Agées

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : .....

Agissant en qualité de : .....

Domicilié à : .....

Numéro de téléphone : .....

Demande, faute de ne pouvoir le recevoir en mon domicile, l'admission en

Long Séjour  
 EHPAD

De M<sup>r</sup> ou M<sup>me</sup> .....

J'ai été informé(e) de la participation de la Caisse de Sécurité Sociale pour le forfait « soins ».

Je dégage la responsabilité de l'Etablissement pour les accidents qui pourraient survenir à M<sup>r</sup> ou M<sup>me</sup> ..... en dehors de l'enceinte du Service des Personnes Agées que ce soit, en permission exceptionnelle, au cours d'une sortie ou à la suite d'une fugue.

### En cas de prise en charge par l'aide sociale :

Conformément à la Loi n°86-17 du 6 janvier 1986 et notamment à l'article 2 du code de la famille et de l'aide Médicale, je déclare donner tous pouvoirs à Monsieur le Trésorier Principal de Melun, pour encaisser les pensions et rentes dont est bénéficiaire :

M<sup>r</sup> ou M<sup>me</sup> .....

La perception de ses revenus venant en atténuation du forfait hébergement qui est fixé à 52.02 € par jour pour le Long Séjour + le tarif dépendance, ou à 57.09 € par jour pour l'EHPAD + le tarif dépendance.

Fait à ....., le .....

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé ».

# ENGAGEMENT DE PAYER LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE DEPENDANCE DE L'EHPAD

Article L315-16 du code de l'action Sociale et des familles

**ATTENTION** : ce document doit impérativement être signé et remis à l'établissement avant l'admission physique qu'il conditionne.

- Personne admise dans l'établissement :

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance .....

- Personne signataire de l'engagement de payer :

Je soussigné (e)

Nom ..... Prénom .....  
Adresse .....  
M'engageant en qualité de .....

DECLARE :

1/ être informé (e) :

- Des tarifs journaliers applicables à la date du 01/06/2021 :

|   |         |
|---|---------|
| Tarifs journalier d'hébergement – 60 ans          | 75.64 € |
| Tarif journalier d'hébergement + 60 ans           | 57.09 € |
| • Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2 | 21.86 € |
| • Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4 | 13.87 € |
| • Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6 | 5.89 €  |

- Des dispositions de l'article L 6145-11 du Code de la santé publique selon lesquelles « les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».

- Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par l'EHPAD de Melun devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal Judiciaire de Melun.

2/ m'engage :

- À payer la totalité des frais dus à l'EHPAD de Melun à compter de mon / son entrée le ..... auprès de la trésorerie de Melun.

- En cas d'admission à l'aide sociale, à verser mensuellement à l'établissement les 90% des ressources dont bénéficie l'hébergé à compter de son premier jour de présence dans l'établissement.

3/ avoir pris connaissance du fait que ces tarifs peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs.

« Lu et approuvé », le .....

Signature

# ENGAGEMENT DE PAYER LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE DEPENDANCE DE L'USLD

Article L315-16 du code de l'action Sociale et des familles

**ATTENTION** : ce document doit impérativement être signé et remis à l'établissement avant l'admission physique qu'il conditionne.

- Personne admise dans l'établissement :

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance .....

- Personne signataire de l'engagement de payer :

Je soussigné (e)

Nom ..... Prénom .....  
Adresse .....  
M'engageant en qualité de .....

DECLARE :

1/ être informé (e) :

- Des tarifs journaliers applicables à la date du 01/07/2021 :

|   |         |
|---|---------|
| Tarifs journalier d'hébergement – 60 ans          | 79.66 € |
| Tarif journalier d'hébergement + 60 ans           | 52.38 € |
| • Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2 | 28.53 € |
| • Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4 | 16.63 € |
| • Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6 | 7.61 €  |

- Des dispositions de l'article L 6145-11 du Code de la santé publique selon lesquelles « les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».

- Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par l'EHPAD de Melun devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal Judiciaire de Melun.

2/ m'engage :

- À payer la totalité des frais dus à l'EHPAD de Melun à compter de mon / son entrée le ..... auprès de la trésorerie de Melun.

- En cas d'admission à l'aide sociale, à verser mensuellement à l'établissement les 90% des ressources dont bénéficie l'hébergé à compter de son premier jour de présence dans l'établissement.

3/ avoir pris connaissance du fait que ces tarifs peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs.

« Lu et approuvé », le .....

Signature