

**DOSSIER A NOUS RETOURNER
COMPLÉTÉ ET SIGNÉ**



cerfa
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 ☐ NON ☐	Immédiate : OUI ☐ NON ☐
Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐	Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐
Échéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐	Échéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐
Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____	Date exacte (le cas échéant) : ____ / ____ / ____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : ____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI ☐ NON ☐	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____	Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / ____
Immédiate : OUI ☐ NON ☐	Immédiate : OUI ☐ NON ☐
Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐	Dans les 6 mois : OUI ☐ NON ☐
Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐	Echéance plus lointaine : OUI ☐ NON ☐
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 ☐ NON ☐	

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 inadéquat ; 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 ☐ NON ☐
--	---

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

Taille

Poids

Maigrissement
récent²

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI ☐ NON ☐		

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 : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ 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 :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		
			date du dernier prélèvement :

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³	Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)					Idées délirantes		
Déplacement	À l'intérieur				Hallucinations		
	À l'extérieur				Agitation, agressivité		
Toilette	Haut				Dépression, dysphorie		
	Bas				Anxiété		
Elimination	Urinaire				Exaltation de l'humeur/dysphorie		
	Fécale				Apathie, indifférence		
Habillage	Haut				Désinhibition		
	Moyen				Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
					Comportement moteur aberrant :		
		Bas				- déambulations pathologiques	
Alimentation	Se servir				- gestes incessants		
	Manger				- risque de sorties non accompagnées		
Alerter					Troubles du sommeil		
Orientation	Temps				Troubles de l'appétit		
	Espace						
Cohérence	Communication						
	Comportement						

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

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).

Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (<i>morphine, insuline, ...</i>)		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement (<i>préciser</i>) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

NOM DU RESIDENT :

Chaque résident(e) doit avoir son médecin traitant dès son entrée dans l'établissement.

Merci de nous communiquer les coordonnées du Médecin traitant de notre résident(e).

NOM, Prénom :

Adresse :

● Le résident peut-il gérer son courrier lui-même ? OUI ☐ NON ☐

(Dans le cas où le résident ne peut gérer son courrier, ce dernier sera mis dans une bannette dans l'armoire « courriers résidents fermées à clés à l'accueil ». Le courrier sera remis en main propre aux personnes désignées, tuteurs, personnes de confiance...à leur demande).

N'oubliez pas de demander régulièrement l'accueil.

● Coordonné de la personne qui reçoit la facture mensuelle

.....
.....

Mail

● Autorisation pour transmettre votre adresse mail et numéro de téléphone auprès des prestataires extérieurs (pharmacie, pédicure / podologue, coiffeur.....) qui vous enverront leur facture et leurs coordonnées pour le règlement.

OUI ☐ NON ☐

● Concernant le téléphone, 2 possibilités :

☐ Appels entrants + sortants : forfait mensuel de 15 €

☐ Uniquement les appels entrants : gratuit

● Souhaitez-vous faire marquer votre linge par nos lingères pour un montant de 15 €
Valable pendant toute la durée du séjour.

OUI ☐ NON ☐

Si oui, les vêtements devront nous être remis 15 jours avant l'entrée dans l'établissement.

● Quelle est la commune de votre dernier domicile les 3 derniers mois précédents l'entrée en l'EHPAD.

.....

● Commune où vous votez.....

● Avez-vous un notaire de famille ? Précisez ses coordonnées.....



Avec le prélèvement automatique,
vos règlements en toute tranquillité.

Pour simplifier vos démarches administratives, l'EHPAD Le Sandron propose de prélever sur votre compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne, le montant des factures relatives aux frais de séjour.

Le prélèvement automatique est en effet un moyen de paiement :

Sûr : vous n'avez plus à envoyer de courrier en Trésorerie ; vous êtes sûr de payer dans les délais demandés, même lorsque vous êtes absent.

Simple : les factures vous sont adressées par la Trésorerie ; vous connaissez la date et le montant exact du prélèvement.

Sauf avis contraire de votre part, votre contrat de prélèvement est automatiquement reconduit.

Souple : vous changez de compte ou d'agence bancaire ou postale : vous prévenez l'EHPAD, vous établissez une nouvelle autorisation de prélèvement et vous fournissez un nouveau RIB.

Vous souhaitez renoncer à votre contrat de prélèvement : adressez une simple lettre à l'EHPAD un mois avant la prochaine échéance.

Comment faire ?

Il vous suffit, au moment de l'inscription ou à tout autre moment, de déposer à l'EHPAD

le Sandron l'autorisation de prélèvement automatique complétée et signée, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

Vous bénéficiez ainsi du prélèvement automatique dès votre prochaine facture.

JOINDRE UN R.I.B RECENT

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

Nom, prénom et adresse du débiteur		Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter (Nom et adresse de la banque)	
COMPTE A DEBITER			
Codes		N° du compte	Clé RIB
Etabliss.	Guichet		
Nom et adresse du créancier			
Hôtel des Finances BP 134 7 chemin de la Bouissette 07200 AUBENAS			

Date : Signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération N° 80 du 01/04/89 de la Commission informatique et libertés.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier

Nom, prénom et adresse du débiteur		Nom et adresse du créancier	
		Hôtel des Finances BP 134 7 chemin de la Bouissette 07200 AUBENAS	
COMPTE A DEBITER			
Codes		N° du compte	Clé RIB
Etabliss.	Guichet		
Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter			

Date : Signature :

Renvoyer les 2 parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer, en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE).

DIRECTION DE L'AUTONOMIE - SERVICE ADMINISTRATION GESTION

FICHE BAREMES A COMPTER **DU 1er JANVIER 2025**

mise à jour au 30/12/2024 après revalorisation ASPA

AIDE SOCIALE HEBERGEMENT PERSONNES AGEES**ALLOCATION DE SOLIDARITE AUX PERSONNES AGEES (A.S.P.A.)**

	montant mensuel	montant trimestriel	montant annuel	Cirulaire L'assurance retraite réf. 2024-39 du 23/12/2024 - Revalorisation à/c du 1er janvier 2025 7 - Article D.815-1 CSS
personne seule	1 034,28 €	3 102,84 €	12 411,44 €	
couple	1 605,73 €	4 817,19 €	19 268,80 €	

MINIMUM LEGAL LAISSE A DISPOSITION DES PERSONNES ACCUEILLIES EN ETS PERSONNES AGEES

	montant mensuel	montant trimestriel	mode de calcul
EHPAD et USLD	124,00 €	372,00 €	1/100ème du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), arrondi à l'euro le + proche
EHPAD anciens logements-foyers	160,00 €	480,00 €	Art. 54 du RDAS délib. CG 07 du 14/12/2004 et décision DA du 10/07/2018 (montant fixe)
EHPA (résidence autonomie, MAPA, MARPA)	1 034,28 €	3 102,84 €	Article R231-6 du CASF : pour un accueil ne comportant que l'hébergement, somme minimale laissée à disposition égale au montant de l'ASPA de l'année en cours, étant précisé que la déduction de cette somme ne peut intervenir que DANS LA LIMITE des ressources perçues hors aide au logement.
personnes ayant été auparavant accueillies en établissements pers. Hand. ou ayant un taux d'incapacité minimum de 80 % reconnu avant l'âge de 65 ans	305,00 €	915,00 €	30% du montant mensuel de l'AAH arrondi à l'euro le + proche - Source Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités publication du 29/03/2024

AIDE POUR PAIEMENT COTISATION ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE**AIDE SOCIALE HEBERGEMENT PERSONNES AGEES ET PERSONNES HANDICAPEES**

Prise en charge mensuelle de la cotisation d'assurance maladie complémentaire sous réserve de la réception annuelle du justificatif d'adhésion à une mutuelle	Décisions du Conseil d'Etat : du 14/12/2007 n° 286891 et du 07/03/2008 n° 292769
---	---

APA EN ETABLISSEMENTS

	mensuel	annuel	mode de calcul	montant mensuel de la majoration pour tierce personne sécurité sociale (MTPSS) -
montant de ressources à partir duquel la participation dépendance du résident est modulée à la hausse	2 799,19 €	33 590,39 €	2,21 fois la MTPSS	1 266,60 €/mois 15 199,27 €/an Source Cirulaire l'assurance retraite ref. 2024-14 du 04/04/2024

DEPARTEMENT DE L'ARDECHE

DIRECTION DE L'AUTONOMIE - SERVICE ADMINISTRATION GESTION

FICHE BAREME **A COMPTER DU 1er JANVIER 2025**
mise à jour au 30/12/2024 après revalorisation ASPA

AIDE MENAGERE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE (DOMICILE) PA ET PH			
	personne seule	ménage	mode de calcul
plafond de ressources mensuelles	1 034,28 €	1 605,73 €	Plafond : ASPA pour pers. âgées et AAH ou ASPA pour les personnes SEULES handicapées suivant le montant le plus favorable cf. tableau détaillé envoyé aux 4 DTAS pour tarifs aide ménagère PA et PH

AIDE SOCIALE HEBERGEMENT PERSONNES HANDICAPEES

ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPEES (AAH)

montant mensuel (tx plein)	1 016,05 €	Décret n° 2024-397 du 29 avril 2024 portant revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés
----------------------------	------------	---

MONTANT MINIMUM MENSUEL DES SOMMES A LAISSER A DISPOSITION
DES PERSONNES HEBERGEES EN ETABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPEES

travailleurs (50 % AAH)	non travailleurs (30 % AAH)
508,00 €	305,00 €

AIDE SOCIALE ACCUEIL FAMILIAL PERSONNES AGEES ET HANDICAPEES

	montant brut horaire	Montant brut mensuel sur la base de 35 h/semaine (durée légale du travail)	Minimum garanti	
Montant du salaire minimum de croissance (SMIC) en métropole	11,88 €	1 801,80 €	4,22 €	Suivant décret n° 2024-951 du 23 octobre 2024 portant relèvement du salaire minimum de croissance

KIT Produits d'hygiène

- Savon solide : 3

(Pour les dames : 2 nettoyeurs intime sans savon)

- Gel douche : 1
- Shampoing : 3
- Après shampoing : 3
- Brosse à dents : 2
- Dentifrice : 3
- Lait ou crème pour le corps (le plus neutre possible) : 2
- Déodorant : 2
- Eau de toilette/Eau de cologne : 2
- Rasoir (2 lames minimum) : 10 ou Rasoir électrique + Après rasage
- Mousse raser : 2
- Brosse à cheveux ou peigne
- Si dentier : Fixodent + Steradent
- Coton tiges / Cure oreille
- Piles pour appareils auditif si besoin

A mettre en chambre en cas d'hospitalisation :

- Un vanity
- Un sac de voyage

TROUSSEAU A FOURNIR LORS DE L'ENTRÉE DU RÉSIDENT

Choisir du linge d'entretien simple (lavage et séchage en machine), le linge délicat (mohair, laine, soie, etc.) reste à la charge de la famille du résident.

Le linge doit être marqué par l'établissement environ 15 jours avant l'admission.

- ☐ 4 Jupes
 - ☐ 5 Robes
 - ☐ 4 Combinaisons
 - ☐ 5 Tricots de corps
 - ☐ 5 Pantalons
 - ☐ 5 Chemisiers, chemises
 - ☐ 4 Pulls
 - ☐ 4 Gilets
 - ☐ 1 Robe de chambre
 - ☐ 7 Chemises de nuit, pyjamas, caracos
 - ☐ 12 Culottes, slips
 - ☐ 6 Soutien-gorge
 - ☐ 12 Chaussettes, bas, collants
 - ☐ 1 Manteau, Blouson d'hiver
 - ☐ 1 Veste demi-saison
 - ☐ 2 Pantoufles style charentaise
 - ☐ 2 Chaussures avec bon maintien du pied
 - ☐ 10 Gants de toilette
 - ☐ 10 Serviettes de toilette, draps de bain
 - ☐ Shampoing
 - ☐ Savon, Gel douche
 - ☐ Rasoir
 - ☐ Mousse ou gel à raser
 - ☐ Peigne, brosse
 - ☐ Brosse à dents et dentifrice
 - ☐ Pastilles pour appareil dentaire
- Et tout ce que vous jugerez utile.

Chambre simple

Hébergement : 58,56 € / jour

Avec Ticket modérateur +6,43€ : **64,99€/jour**

Pour 30,42 jours avec ticket modérateur : **1977 €**

30,42 est une moyenne entre les mois à 31j et les mois à 30j

Chambre double (2 personnes)

42,64€ + 6,43€ x 30,42jours = 1492,80€ chacun

Soit un coût mensuel pour 2 personnes avec ticket = **2985,61 €**

1 personne dans chambre double

Coût avec ticket modérateur 77,17€+6,43€ =83,60 €

Pour 30,42 jours avec ticket : **2543,11€**

Dépendance	Hors 07/26	Ardèche Drôme	Ticket Modérateur
GIR 1-2	23,87 €	17,44 €	+ 6,43 €
GIR 3-4	15,15 €	8,72 €	+ 6,43 €
GIR 5-6		6,43 €	

Repas invité : 15,00€ du lundi au samedi
18,00€ le dimanche

Caution : Chambre simple : 1707,60 €
Chambre double : 2487 €

Forfait hospitalier : -20€/j avec 3 jours de carence
(le ticket modérateur est déduit dès le 1^{er} jour d'absence)

