



Documents nécessaires pour une
ADMISSION A L'EHPAD/USLD AQUITANIA
Site «Les Arènes»

DOCUMENTS A REMETTRE
au BUREAU ADMINISTRATIF
SUR RENDEZ-VOUS

21, rue de l'Alma
17100 - SAINTES - & 05.46.95.15.51
Fax 05.46.95.15.55

- Dossier de demande d'admission EHPAD (modèle Cerfa N° 1473201) **vous pouvez faire la demande sur le site www.viatrajectoire.fr**
- Certificat Médical et Grille AGGIR (il peut être aussi établi sur le site www.viatrajectoire.fr à la suite de votre demande d'admission) *à remplir par le médecin traitant ou le praticien hospitalier qui suit le patient actuellement.*
- Une copie du livret de famille ou d'une pièce d'état civil (selon la situation familiale)
- La carte d'assuré(e)social (e) en cours de validité et la carte mutuelle
- Les noms/prénoms/adresses/numéros de téléphone des enfants et petits-enfants
- Engagement de régler les frais de séjour
- Acte de cautionnement solidaire en double exemplaire
- Si demande d'aide sociale : le récépissé de dépôt de la **demande d'Aide Sociale pour frais d'hébergement** délivré par la mairie ou le Centre Communal d' Action Sociale
- L'Acte d'Engagement de reversement en attente de la décision Aide Sociale
- Le cas échéant :
 - copie du Jugement de Tutelle
 - Copie du Contrat Obsèques
- Double de la **déclaration de revenus** de l'année précédant la demande d'admission (**2019**)
ET copie de **l'avis d'imposition ou de non imposition** de l'année précédant la demande d'admission (**année 2018** sur revenus **2017 et 2019** sur revenus **2018**)
- Déclaration fiscale **2019** de toutes les Caisses de Retraite (justificatif de pension)
- Copies des Relevés Bancaires des 3 derniers mois
- Copie de l'Assurance Responsabilité Civile
- Pour toute demande au sein d'AQUITANIA : rapporter la notification **APA à domicile**
OU constituer avant tout placement un dossier d' « **APA en établissement** » auprès de la mairie du domicile de secours ou le CCAS pour les résidents de Saintes

Si payant

Si Aide-Social



Une caution représentant un mois d'hébergement sera demandée à l'entrée dans l'institution

ANNEXE 3 AU CONTRAT DE SEJOUR "TARIFS DE L'ANNEE 2020 A L'EHPAD/USLD AQUITANIA"

Saintes, le 06 Avril 2020

TARIFS JOURNALIERS DES PRESTATIONS d'EHPAD/USLD AQUITANIA DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE

ANNEE 2020

(Applicable à compter du 1er avril 2020 pour l'USLD et pour l'EHPAD)

TARIFS EHPAD 2020 (arrêté n°20-141 du 05 février 2020 pour les tarifs dépendance et arrêté n°20-140 du 05 février 2020 pour les tarifs hébergement).

G.I.R.	Forfait hébergement (participation du résident ou de l'Aide Sociale) 2020	Forfait dépendance * 2020	Total (forfaits hébergement et dépendance)	Total /31 jours si APA accordée	Total/31 jours si APA non accordée
1 et 2	63,19 €	20,35 €	83,54 €	2 128,77	2 589,74 €
3 et 4		12,92 €	76,11 €		2 359,41 €
5 et 6		5,48 €	68,67 €		2 128,77 €
- 60 ans	82,13 €				

TARIFS UNITE DE SOINS LONGUE DUREE 2020 (arrêté n°20-565 du 03 mars 2020)

G.I.R.	Forfait hébergement (participation du résident ou de l'Aide Sociale) 2020	Forfait dépendance * 2020	Total (forfaits hébergement et dépendance)	Total /31 jours si APA accordée	Total/31 jours si APA non accordée
1 et 2	64,36 €	29,81 €	94,17 €	2 243,78	2 919,27 €
3 et 4		18,92 €	83,28 €		2 581,68 €
5 et 6		8,02 €	72,38 €		2 243,78 €
- 60 ans	92,39 €				

* Participation du résident en fonction de ses droits à l'APA et du Département de prise en charge

Les prestations suivantes sont à la charge de l'assurance maladie et des organismes complémentaires conformément à la réglementation en vigueur :

Transports pour les consultations, consultations des spécialistes

Examens médicaux nécessitant le recours à des équipements matériels lourds (IRM, scanographe...)

Les prestations suivantes sont à la charge du résident (confer le règlement intérieur) : Coiffeur, esthéticienne / Certaines activités d'animation (sorties, voyage...)/ Transport d'ordre privé/

Frais funéraires, transport de corps, soins de conservation

ANNEXE 4 AU CONTRAT DE SEJOUR
ACTE D'ENGAGEMENT DE PAYER

EHPAD/USLD Aquitania – CH de Saintonge
21 rue de l'Alma – BP 326 – 17100 SAINTES CEDEX -

Je soussigné (e)

NOM : PRENOM

Domicilié(e) :

..... Téléphone

M'engage à régler les frais de séjour de :

Moi-même

(1) M. Mme..... Prénom

Lien de parenté :

Agissant en qualité de représentant légal de :

A compter de mon / son (1) entrée à l'EHPAD/USLD AQUITANIA le .../.../.... ainsi que les autres frais éventuels à ma / sa (1) charge (tarifs des prestations annexes).

Je reconnais avoir été informé(e) :

• Des tarifs journaliers applicables à la date du 01/04/2020 pour l'EHPAD
Et l'USLD tarif dépendance et tarif hébergement :

si médicalement
considéré EHPAD :

si médicalement
considéré USLD :

TARIF JOURNALIER D'HEBERGEMENT

63,19€/ jour

64,36€/ jour

+

TICKET MODERATEUR

5,48€/jour

8,02€/jour

* **ATTENTION** : ce tarif est susceptible d'augmenter en fonction de l'attribution de l'APA en établissement

• Les dispositions des articles 205, 206, 207, 208 et 212 du code civil s'appliquent. Les éventuels recours s'appliquant relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales.

• Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par le Directeur devant le juge aux affaires familiales auprès du Tribunal de Grande Instance de Saintes.

Il est reconnu que ces prix sont révisés annuellement 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.

Fait à Saintes le

Signature

précédée de la mention manuscrite

"lu et approuvé, bon pour engagement de payer".

2 exemplaires originaux

(1) Si le soussigné n'est pas le résident.

ANNEXE 4 BIS AU CONTRAT DE SEJOUR
ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

EHPAD/USLD Aquitania – CH de Saintonge
21 rue de l'Alma – BP 326 – 17100 SAINTES CEDEX –
(Article 2288 à 2304 du Code civil)

ETABLISSEMENT : EHPAD/USLD Aquitania

RESIDENT

Nom :
Prénom :

CAUTION SIGNATAIRE DU PRESENT ENGAGEMENT

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
.....

Date de la signature du contrat de séjour :
A cette date, le prix de journée est fixé à (tarif hébergement + ticket modérateur) :

.....68,67€ si médicalement considéré EHPAD*
.....72,38€ si médicalement considéré USLD*

(Écrire la somme en toutes lettres)

***ATTENTION** ce tarif est susceptible d'augmenter en fonction de l'attribution de l'APA en établissement

Ce prix de journée est révisé chaque année par un arrêté du Président du Conseil Départemental.

Après avoir pris connaissance du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, le signataire du présent engagement déclare se porter caution solidaire jusqu'au départ du résident – sous réserve que ledit contrat de séjour ne soit pas résilié avant cette date, auquel cas l'engagement s'éteindrait à la fin de cette résiliation -, et s'engage à ce titre, au profit de l'établissement, à payer les frais de séjour (tels qu'arrêtés chaque année par arrêt du Président du Conseil Départemental) ainsi que les frais éventuels de remise en état des locaux et des biens mis à la disposition du résident pendant son séjour.

La personne caution doit recopier de sa main sur les deux originaux la mention ci-après :

« Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion, jusqu'au départ de M....., sous réserve que le contrat de séjour ne soit pas résilié avant cette date, et je

ACTE D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT MENSUEL

Centre Hospitalier de Saintonge – site des Arènes 36 cours Paul Doumer BP 326 17100 SAINTES CEDEX

**DECLARATION DE RESSOURCES ET ENGAGEMENT DE REVERSEMENT EN ATTENTE D'UNE DECISION DE L'AIDE SOCIALE
POUR LA PERIODE TRANSITOIRE ALLANT DE LA DATE D'ENTREE DANS L'ETABLISSEMENT
A LA DATE DE DECISION DU CONSEIL GENERAL.**

Je soussigné (e).....
M. ou Mme ou Melle.....
Né(e) le
Pensionnaire au Centre Hospitalier de Saintonge –site des Arènes...depuis le.....

DECLARE SUR L'HONNEUR DISPOSER DES RESSOURCES MENSUELLES IMPOSABLES ET NON IMPOSABLES SUIVANTES :

PENSION PRINCIPALE.....
PENSIONS COMPLEMENTAIRES.....
.....
.....
.....
AUTRES (pensions alimentaires).....
.....
REVENUS IMMOBILIERS (loyers , fermages , usufruit)
.....
RENTE ACCIDENT DE TRAVAIL , PENSION D'INVALIDITE
.....
REVENUS DE L'EPARGNE(intérêts annuels).....
.....
AIDE AU LOGEMENT (A.P.L. ou A.L.S.)
SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT ASSURANCE VIE.....
SOUCRIPTION D'UN CONTRAT OBSEQUES.....

**Je m'engage à verser tous les mois, à terme échu, à la trésorerie de l'établissement, une provision de euros (équivalente à 90 % de mes ressources et à la totalité des aides au logement).
En cas de décision de rejet de la commission d'aide sociale, les sommes versées seraient déduites des frais d'hébergement. (les versements par chèque devront être libellés à l'ordre du « Trésor public »).**

Fait à Saintes le

Fait à Saintes le.....

Signature de l'hébergé(e)
Ou de son représentant légal

M.....
Directrice du site des Arènes