

# **EHPAD**

## **Arc-en-ciel**

### **Demande d'Admission**



**Centre Hospitalier de  
Vitry-Le-François**

Nous vous prions de bien vouloir retourner le dossier par la poste (E.H.P.A.D. « Arc-en-Ciel » 2 Rue Charles Simon BP 70413 51300 VITRY LE FRANCOIS) ou de vous présenter après avoir pris rendez-vous avec :

- Mademoiselle LOREY

☎ 03 26 73 60 89

Fax 03 26 73 47 87

Mail : [ehpad@ch-vitrylefrancois.fr](mailto:ehpad@ch-vitrylefrancois.fr)

### HORAIRES OUVERTURE SECRETARIAT

DU LUNDI AU JEUDI            9 H - 17 H

LE VENDREDI                9 H - 16 H 30

**Sans retour dans les 3 mois du document médical complété par le médecin traitant ou le service d'hospitalisation, la demande sera annulée.**

**Après retour du document médical dument rempli, merci de bien vouloir confirmer tous les 3 mois, la validité de la demande par téléphone au 03 26 73 60 89 ou par mail : [ehpad@ch-vitrylefrancois.fr](mailto:ehpad@ch-vitrylefrancois.fr).**

## TARIF D'HEBERGEMENT

Les prix de journée sont arrêtés par Monsieur le Président du Conseil Général de la Marne, sur proposition du Conseil d'Administration.

Ils ont été fixés de la façon suivante pour l'année **2025**

### E.H.P.A.D.

| <b>R= revenu fiscal de référence</b> | <b>Chambre double</b> | <b>Chambre individuelle</b> |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Bénéficiaire ASH                     | 57,46 €               | 58,96 €                     |
| Payant R < 24500 €                   | 63,21 €               | 64,71 €                     |
| Payant 24500 € < R > 36000 €         | 66,08 €               | 67,58 €                     |
| Payant R > 36000 €                   | 68,95 €               | 70,45 €                     |

DEPENDANCE GIR 1-2 : 24,24 Euros / jour

DEPENDANCE GIR 3-4 : 15,38 Euros / jour

DEPENDANCE GIR 5-6 : 6,53 Euros / jour

**Reste à charge au minimum : (Hébergement + Dépendance GIR 5-6 x 30,5 jours)**

| <b>R= revenu fiscal de référence</b> | <b>Chambre double</b> | <b>Chambre individuelle</b> |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Bénéficiaire ASH                     | 1 951,70 €            | 1 997,45 €                  |
| Payant R < 24500 €                   | 2 127,07 €            | 2 172,82 €                  |
| Payant 24500 € < R > 36000 €         | 2 214,61 €            | 2 260,36 €                  |
| Payant R > 36000 €                   | 2 302,14 €            | 2 347,89 €                  |

Moins de 60 Ans Chambre 2 lits : 74,33 Euros / jour

Moins de 60 ans Chambre 1 lit : 75,83 Euros / jour

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>LISTE DES PIÈCES FOURNIES</b> |
|----------------------------------|

**ETAT CIVIL – DIVERS**

- |   |   |
|---|---|
| ☐ Copie du Livret de famille complet, à défaut acte de naissance intégral                 | ☐ |
| ☐ Copie de la carte d'identité  | ☐ |
| ☐ Copie de la carte d'ancien combattant ou brevet de pension veuve de guerre ou ascendant | ☐ |
| ☐ Copie du jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice                          | ☐ |
| ☐ Copie du contrat obsèques   | ☐ |
| ☐ Attestation d'Assurance Responsabilité Civile Personnelle                               | ☐ |
| ☐ Relevé d'identité bancaire  | ☐ |

**PENSIONS ALLOCATIONS**

- |   |   |
|---|---|
| ☐ Copie de la notification d'APA  | ☐ |
| ☐ Copie de la notification d'allocation logement  | ☐ |
| ☐ Justificatifs des ressources : relevés de banque faisant apparaître le montant des pensions, copie de la déclaration d'impôts,                                      | ☐ |
| ☐ Copie de l'avis d'imposition ou de non imposition (recto-verso)   | ☐ |
| ☐ Copie de l'avis de taxe foncière (pour calcul participation financière APA) ou relevé de propriété à demander au Centre des Impôts Fonciers de Chalons en Champagne | ☐ |

**RESIDENTS HEBERGÉS A TITRE PAYANT**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| ☐ Engagement de Paiement | ☐ |
|--------------------------|---|

**RESIDENTS HEBERGÉS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE**

- |  |   |
|--|---|
| ☐ Engagement de Paiement dans l'attente de la Prise en Charge de l'Aide Sociale      | ☐ |
| ☐ Attestation de prise de connaissance des conséquences d'admission à l'Aide Sociale | ☐ |

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

- |  |   |
|--|---|
| ☐ Questionnaire Médical sous pli confidentiel                                    | ☐ |
| ☐ Carnet de vaccination et attestation Vaccin COVID avec QR Code                 | ☐ |
| ☐ Bilan Sanguin (Albunémie, Numération NF VS, Plaquette, Iono, TSH, Créatinémie) | ☐ |
| ☐ Copie de la carte d'ouverture de droits à un organisme d'assurance maladie     | ☐ |
| ☐ Copie de la carte de mutuelle  | ☐ |

**RENSEIGNEMENTS  
COMPLEMENTAIRES**

NOM – PRENOM : .....

ANCIENNE PROFESSION : .....

MEDECIN TRAITANT: .....

**NOM ET ADRESSE DES ENFANTS :**

| NOM - PRENOM | ADRESSE | TELEPHONE |
|--------------|---------|-----------|
|              |         |           |
|              |         |           |
|              |         |           |
|              |         |           |
|              |         |           |
|              |         |           |

ETES-VOUS ? Ancien Combattant OUI  NON  Victime de guerre OUI  NON   
 Veuve de guerre OUI  NON  Veuve d'ancien combattant OUI  NON

**RESSOURCES DE L'INTERESSE (E)**

| PENSION   | ADRESSE | PERIODICITE | MONTANT |
|---|---------|-------------|---------|
|   |         |             |         |
|   |         |             |         |
|   |         |             |         |
|   |         |             |         |
|   |         |             |         |
|   |         |             |         |
|   |         |             |         |
| DIVERS (rente viagère,<br>fermage, location ..... |         |             |         |

Service Solidarité, Grand Age et Handicap

Affaire suivie par : N.GERARD

Tél. : 03 26 69 56 56

Fax : 03 26 70 99 41

Courriel : pa@cg51.fr

Châlons-en-Champagne, le 10 Juillet 2014

Madame, Monsieur,

Vous allez entrer dans un établissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes dit EHPAD qui bénéficie d'un financement direct du Conseil Général de la Marne et de l'Assurance Maladie.

Le financement du Conseil Général est réalisé au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Cette prestation, servie à domicile ou en établissement, fait intervenir une participation des bénéficiaires en fonction de leurs ressources.

Afin de vous simplifier les démarches, il revient à votre établissement d'accueil de constituer le dossier administratif complété des pièces justificatives dont les éléments liés à vos ressources. J'insiste sur le caractère déterminant de ces documents qui permettront notamment de fixer votre participation.

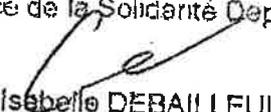
Bien évidemment, si vous deviez contester le montant proposé concernant votre participation, vous aurez alors la possibilité de saisir mes services qui feront procéder à une nouvelle instruction des pièces de votre dossier.

Comptant sur votre compréhension et votre coopération.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour le Président du Conseil Général  
et par délégation,

La Directrice de la Solidarité Départementale

  
Isabelle DEBAILLEUL

## QUESTIONNAIRE A.P.A.

Je soussigné(e)

NOM

Prénom

Date de naissance

Date d'entrée

|   | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Etes-vous propriétaire d'un bien immobilier |     |     |
|   |     |     |

| Situation avant l'entrée en établissement                                   | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Etes-vous bénéficiaire de l'APA à domicile                                  |     |     |
| Etes-vous bénéficiaire de la Majoration Tierce Personne (MTP)               |     |     |
| Etes-vous bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) |     |     |
| Etes-vous bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)   |     |     |

|           | Option choisie lors de votre entrée | OUI | NON |
|-----------|-------------------------------------|-----|-----|
| ACTP<br>* | je souhaite conserver               |     |     |
| MTP       |                                     |     |     |
| PCH       | je souhaite conserver               |     |     |

Le

Signature

---

---

## A.P.A. - REFUS COMMUNICATION DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

Je soussigné(e)

NOM

Prénom

Date de naissance

Date d'entrée

Déclare avoir été informé(e) que le fait de ne pas communiquer les pièces nécessaires à la détermination de ma participation aux frais de dépendance entraîne la facturation du Montant Maximum Réglementaire soit :

Tarif Montant Maximum Réglementaire Dépendance GIR 1/2 : 20,70 €

Tarif Montant Maximum Réglementaire Dépendance GIR 3/4 : 13,91 €

Le

Signature

## CONSULTATION ET TRANSPORT

L'Etablissement n'assure pas l'accompagnement lors de consultations chez un spécialiste vers le Centre Hospitalier de Vitry le François ou vers l'extérieur.

Comme stipulé dans le contrat de séjour, chapitre VI – Prestations assurées par l'Etablissement à la charge du résident, sous chapitre 6.1, page 12, cet accompagnement est à la charge du résident ou de sa famille, ou lorsqu'un bon de transport est effectué par le médecin traitant, prise en charge par l'organisme d'assurance maladie.

Rappel : pour les transports en VSL (Véhicule Sanitaire Léger), ce transport n'est pas remboursé par l'organisme d'assurance maladie, lorsque celui-ci n'est pas en rapport avec la maladie ALD (Affection Longue Durée).

### COUPON REPONSE

Nom du résident.....

Nom de la famille ou du représentant légal .....

Choix de l'Ambulance  Vitry Ambulances       Dupriet       Ambulances de la Moivre  
(1)  
 Indifférent       Autres.....

Merci de préciser également les spécialistes ci-dessous :

Dentiste : .....

Ophtalmologiste : .....

Opticien : .....

Fait le

Nom du Signataire  
Signature

(1) Cocher la case de votre choix

## ADMISSION A TITRE PAYANT

### ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je soussigné(e) .....

Demeurant .....

Déclare m'engager à régler, après avoir pris connaissance des frais d'hébergement et de dépendance (part non couverte par le département) ainsi que des autres frais éventuels à ma charge (frais divers : pédicure, coiffeur ...) et tarifs des prestations annexes,

à compter du : .....

Destinataire des factures : .....

En application de l'article 23 du Décret n° 59 1510 du 29 décembre 1959, les frais de séjour sont payables mensuellement à la Trésorerie de Châlons-en-Champagne Etablissements Hospitaliers, 51 rue du Commandant Derrien, 51022 CHALONS-EN-CHAMPAGNE CEDEX.

Des dispositions de l'article L 315-16 du Code de l'action sociale et des familles selon lesquelles « Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours s'il y a lieu, contre les résidents, 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 VITRY LE FRANCOIS devant le Juge aux affaires familiales près le Tribunal de Grande instance de CHALONS-EN-CHAMPAGNE ;

Il est reconnu que ces prix 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.

A .....

**Signature**

Le .....

**ADMISSION EN ATTENTE D'UNE PRISE EN CHARGE  
AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE**

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Je soussigné (e) (Nom et Prénom )

.....

demeurant :

.....

dans l'attente de la décision de la Commission à l'aide sociale, de m'accorder l'aide sociale aux personnes âgées (ASPA), m'engage à verser **mensuellement** ou **trimestriellement** (selon les échéances), chez le Percepteur de CHALONS EN CHAMPAGNE, 51 Rue du Commandant Derrien, Banque de France n° C5110000000 Châlons-en-Champagne, une provision correspondant à 90 % de mes ressources, à savoir :

Liste des pensions et montants mensuels ou trimestriels :

-

-

-

-

-

La régularisation de ma situation interviendra lors de la décision de la commission d'aide sociale. Elle sera opérée sous la responsabilité du Receveur Hospitalier.

A .....

Le .....

**Signature**

## RESERVATION DE CHAMBRE AVANT L'ADMISSION

### 1<sup>er</sup> cas : proposition d'une date d'admission et souhait du futur résident d'entrer en EHPAD a une date ultérieure

Je soussigné (e) (Nom et Prénom).....

demeurant : .....

souhaite réserver une chambre à l'EHPAD de VITRY LE FRANCOIS et régler les frais de réservation de la chambre (tarif hébergement) dans l'attente de mon admission

A .....

**Signature**

Le .....

## RESERVATION DE CHAMBRE EN CAS D'HOSPITALISATION

### 2<sup>ème</sup> cas : hospitalisation supérieure à 21 jours et réservation de la chambre du résident admis

Je soussigné (e) (Nom et Prénom).....

demeurant : .....

souhaite réserver une chambre à l'EHPAD de VITRY LE FRANCOIS et régler les frais de réservation de la chambre (tarif hébergement) dans l'attente de mon retour d'hospitalisation

A .....

**Signature**

Le .....



## Forfait Global

### Vous, un de vos proches, entrez en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

L'Assurance Maladie verse un forfait à l'établissement afin de prendre en charge certaines dépenses de soins et de matériel médical.

- Si un infirmier libéral intervient à votre domicile, **pensez à l'informer de l'entrée en EHPAD.**
- Si vous disposez d'une location de matériel médical à votre domicile (Fauteuil roulant, lit médicalisé, Soulève malade...), demandez le formulaire de résiliation auprès de votre établissement et pensez à faire récupérer le matériel par le pharmacien ou le fournisseur dans les plus bref délais.
- Si ou quand un professionnel de santé vous établit une prescription médicale de matériel médical ne vous rendez pas chez un pharmacien ou un fournisseur sans demander l'avis aux personnels de l'établissement.



L'Assurance Maladie peut vous demander le remboursement des dépenses engagées à tort. Renseignez-vous auprès de votre établissement.

### Exemples de prises en charge et de matériel médical financé par l'établissement



Actes réalisés et prescriptions des médecins généralistes libéraux intervenants dans l'établissement.

Actes réalisés par des auxiliaires médicaux libéraux (infirmiers, kinés, pédicures, orthophonistes, etc)

Examens de biologie et de radiologie (sauf IRM - Scanner)

Dispositif médical pour autocontrôle (urine, sang, etc)

Tensiomètre y compris les tensiomètres électriques

Appareil de mesure pour glycémie

Nutriments



Bande de crêpes et de contention

Matériel nécessaire pour sutures et pansements (pince Kocher, ciseaux, etc)

Articles pour pansements (compresses, sparadraps, etc)

Béquille, canne anglaise et déambulateur

Fauteuil roulant

Coussin d'aide à la prévention d'escarres

Chaise percée avec accoudoirs



---

**DEMANDE DE RESILIATION**  
**D'UNE LOCATION DE MATERIEL MEDICAL**

---

Partie à compléter par le résident ou sa famille et à remettre au  
pharmacien ou au fournisseur d'appareillage.

Je soussigné(e) Madame/Monsieur .....

né(e) le ...../...../.....

admis(e) le ...../...../.....

à la Maison de Retraite ....., situé.....

Demande la récupération par vos soins du matériel médical que vous me louez actuellement.

Ce matériel devra être retiré à l'adresse suivante :

.....  
.....  
.....

Date :

Signature :

Partie à compléter par le fournisseur d'appareillage ou le pharmacien

Je soussigné(e) .....

pharmacien /fournisseur d'appareillage, m'engage à récupérer en date du ..... /..... /.....

le matériel médical loué à Madame/Monsieur..... et à cesser toutes

facturations à l'Assurance Maladie

Date :

Signature :

*Document dûment complété et signé, à retourner à  
L'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.*

**LISTE DES PIÈCES A PRODUIRE**

Dossier Familial d'Aide Sociale à compléter + Demande d'Aide Sociale à compléter avec avis motivé du C.C.A.S.

Conséquences de l'admission à l'aide sociale

Bulletin de présence en EHPAD

Date à laquelle l'Aide Sociale est sollicitée

Photocopie lisible et complète du livret de famille régulièrement tenu à jour

Coordonnées précises des obligés alimentaires

Pour les personnes célibataires sans enfant, photocopie lisible de la carte d'identité ou carte d'ancien combattant recto-verso, ou passeport en cours de validité

Photocopie du **Jugement de Tutelle** (éventuellement)

Justificatif de votre éventuel statut de personne handicapée, précisant le pourcentage du handicap et sa date de reconnaissance

Etes-vous mutualiste ? Si oui, copie de votre carte de mutuelle complémentaire

Etes-vous bénéficiaire de la C.M.U. ? Si oui, copie de l'accord

Notifications des **pensions et retraites** (principales et complémentaires) et justificatifs des virements du **dernier trimestre** (Rente A.T., Allocation Veuvage, Pension d'Invalidité .....

Notification d'attribution (ou de rejet) de l'**Allocation pour le Logement** ou photocopie d'un justificatif prouvant le dépôt de la demande

Photocopie des livrets d'épargne faisant apparaître les intérêts acquis au 1<sup>er</sup> janvier dernier, des titres, actions, .... et tout autre **placement bancaire**, (ou attestation sur l'honneur que l'intéressé(e) n'en possède pas)

Taxe foncière ou matrice cadastrale des **biens immobiliers** (ou attestation sur l'honneur que l'intéressé(e) n'en possède pas)

Si l'intéressé (e) a fait **une donation, donation-partage ou un legs** postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les 10 ans qui l'ont précédée : joindre copie de l'acte établi par le notaire (dans le cas contraire, établir une attestation sur l'honneur que l'intéressé(e) n'a effectué aucune donation-partage)

Si l'intéressé(e) a souscrit un **contrat d'assurance vie**, adresser copie du contrat faisant apparaître le ou les bénéficiaires, les coordonnées de l'organisme d'assurance, et le montant du capital placé (dans le cas contraire, établir une attestation sur l'honneur que l'intéressé(e) n'a souscrit aucun contrat d'assurance vie)

Dernier **avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu** (recto-verso)

**Adresses successives** des six derniers mois (date d'arrivée et date de départ) et adresse antérieure si l'intéressé(e) est hébergé(e) dans une résidence pour personnes âgées ou autre établissement non acquisitif de domicile de secours

## **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

### **HOSPITALISATIONS DANS UN SERVICE DE SOINS**

En cas d'hospitalisation du résident dans un service de soins, l'établissement est tenu de lui conserver son lit pendant **21 jours** (Article R314-204 du Code de l'Action Sociale et des Familles – Article II-18 9 du Règlement Départemental d'Aide Sociale).

Pendant cette période de 21 jours, le Résident continue à s'acquitter de ses frais de séjour dans notre établissement, ou le Conseil Général pour le Résident bénéficiaire de l'Aide Sociale, déduction faite du forfait journalier et du forfait dépendance.

Après cette période, **à compter du 22<sup>ème</sup> jour**, le résident sera soit sorti de l'Etablissement ou soit il aura la possibilité de garder son lit moyennant une participation forfaitaire.

⇒ En cas de libération du lit, le résident sera réadmis en priorité, dans la mesure de nos possibilités, à sa sortie d'hospitalisation.

### **AIDES FINANCIERES**

Les personnes admises à l'E.H.P.A.D., peuvent bénéficier de sous certaines conditions de :

#### **➔ L'ALLOCATION DE LOGEMENT A CARACTERE SOCIAL**

**➔ L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE, qui depuis le 1<sup>er</sup> Avril 2010 est versé sous forme de dotation à l'Etablissement pour les résidents Marnais.**

L'Etablissement s'est engagé auprès du Conseil Général de la Marne :

- à effectuer une vérification sur le domicile de secours (résident marnais)
- à vérifier le niveau des ressources et à calculer le montant de la participation financière du résident. Si le résident refuse de communiquer ses ressources, l'Etablissement retiendra une participation financière égale au montant maximum réglementaire.
- à vérifier s'il bénéficie d'une prestation non cumulable avec l'A.P.A. (Majoration Tierce Personne [MTP] , Allocation Compensatrice Tierce Personne [ACTP], Prestation de Compensation du Handicap [PCH]). Dans ce cas, l'Etablissement facture l'intégralité du tarif dépendance. Pour les bénéficiaires d'une ACTP, le résident a le choix entre la conserver ou choisir l'A.P.A. (après information du montant de sa participation).

#### **➔ D'UNE PART DE REDEVANCE SUR LES DEBITS DE TABAC**

**Le Secrétariat de l'E.H.P.A.D. (bureau situé dans le Hall d'Entrée de la Maison de Retraite) est à votre disposition pour vous apporter toute information et établir les dossiers.**

**E.H.P.A.D.**

2, rue Charles Simon

**51308 VITRY LE FRANCOIS CEDEX**

## **TROUSSEAU A TITRE INDICATIF**

**L'ETABLISSEMENT SE CHARGE DE MARQUER LE LINGE DU RESIDENT A SON ADMISSION. TOUTEFOIS, NOUS VOUS DEMANDONS, DANS LA MESURE DU POSSIBLE, DE DEPOSER LE TROUSSEAU AU MOINS 48 HEURES A L'AVANCE. TOUT NOUVEAU VETEMENT DOIT ETRE DEPOSE AU SECRETARIAT POUR MARQUAGE.**

### **MESSIEURS**

6 Pyjamas  
6 Pantalons avec ceinture ou bretelles  
6 Slips  
6 Maillots de Corps  
5 Polos hiver et été  
4 Gilets (selon saison)  
4 Pull-overs (selon saison)  
2 Paires de Pantoufles lavables en machine  
6 Paires de Chaussettes (selon saison)  
1 Paire de Chaussures (sorties)

### **DAMES**

6 Chemises de Nuit  
6 Robes ou jupes ou pantalons (selon saison)  
6 Culottes  
6 Soutiens-Gorges  
6 Petites Chemises  
6 Combinaisons (facultatif)  
4 Gilets (selon saison)  
4 Pull-overs (selon saison)  
2 Paires de Pantoufles lavables en machine  
10 Paires de Bas ou Mi Bas  
1 Paire de Chaussures (sorties)

**Nécessaire Toilette à fournir** : Brosse à Cheveux, Peigne, Brosse à Dents, Rasoir Electrique ou Rasoir Mécanique, Mousse à Raser, Eau de Cologne, Shampoing, Savonnettes, Dentifrice, Produit à Prothèse Dentaire et Boite pour Prothèse Dentaire, Gobelet, Gel Douche, Mouchoirs en Papier.

**Le nécessaire de toilette est à renouveler tout au long du séjour du résident.**

**Afin de rendre service aux familles, l'Etablissement peut assurer l'entretien du linge. Du fait de l'entretien de type industriel, évitez les vêtements composés de LAINES et de RHOVYL (type Damart) (l'Etablissement ne pourrait être tenu responsable d'une détérioration).**