Dossier Administratif

Lettre de la Direction

Arrêté tarifaire du Conseil Départemental de Lozère

Dossier de demande d'admission (à retourner dans les plus brefs délais, complété et signé, suite de la demande d'admission)

Pièces à fournir

Fiche vestiaire

Conséquences de l'admission à l'aide sociale

Autorisation d'utilisation de clichés

SAINT-MARTIN

La Canourgue
2018

Réf : C.C/ Dossier Admission

Madame, Monsieur,

Un Contrat de Séjour est remis à chaque résident et complété dès l'évaluation de son autonomie (G.I.R- Groupe Iso - Ressources) qui ouvrira, selon le niveau de ses ressources, droit à l'A.P.A (Allocation Personnalisée d'Autonomie versée à l'Etablissement sous la forme d'une dotation globale). Il est réactualisé annuellement.

Un exemplaire du Règlement de Fonctionnement est également à disposition de chacun dès son admission.
Le Prix de Journée, à la charge entière de chaque résident, se décompose comme suit à partir du 1er juillet 2018 :

- Prix Journalier Hébergement : 53.28 Euros,
- Prix Journalier Dépendance GIR V et VI : 6.73 Euros,

conformément à l'arrêté N°18-1265 du Président du Conseil Général de la Lozère, en date du 21 juin 2018.

L'Hébergement à la Maison de Retraite Saint Martin ouvrant droit à l'APL, je vous conseille d'en faire la demande auprès de la C.A.F ou de la M.S.A. Cette allocation est soumise à conditions de ressources. Elle sera versée à l'Etablissement et viendra alors en déduction du prix journalier.

Vous pouvez également, si nécessaire et sous condition de ressources, recourir à l'Aide Sociale. La personne hébergée a la possibilité de verser ses ressources entre les mains du directeur de l'Etablissement.

Les Services Administratifs sont centralisés à La Canourgue. Ils sont ouverts :
Du Lundi au Vendredi de 08 heures 30 à 12 heures
L'après-midi de 14 heures à 17 heures 30

Au Massegros une permanence est assurée quotidiennement, une boite aux lettres est à votre service comme à La Canourgue.

En ce qui concerne le téléphone, les résidents peuvent faire le choix d'une installation téléphonique dans leur chambre. Les autres résidents peuvent être joints aux jours et heures d'ouverture des services administratifs.

MAISON DE RETRAITE / 48500 LA CANOURGUE / TÉL. 04.66.32.82.27 / FAX 04.66.32.95.17
e.mail : mr-saint-martin@wanadoo.fr

En dehors des horaires de l'administration, vous pouvez toutefois et à toute heure joindre l'établissement au numéro de téléphone habituel.
Les visites ont lieu tous les jours de la semaine, Samedi, Dimanche et Jours fériés. Il est cependant recommandé d'éviter ces visites :

- Lors des soins (toilettes, pansements et ménage) qui ont lieu en général jusqu'à 11 Heures.
- Lors des ateliers à visée thérapeutique pour les résidents. Les dates et les horaires sont fixés à l'avance et affichés.
- Lors des repas, à moins de le partager avec un résident au foyer restaurant. Penser à prévenir avant 10 heures le matin.

Ces dispositions permettent un déroulement harmonieux des journées des résidents et une communication efficace.

Une liste du vestiaire est à fournir à chaque résident à son entrée et à réactualiser régulièrement. Cette liste a été établie afin de pouvoir assurer le roulement du linge porté par les résidents.

Le règlement des différentes factures, qui seront envoyées systématiquement en fin de mois doit se faire dès réception :

* Soit lors des visites aux résidents, au service administratif : auprès du secrétariat des résidents,
* Soit par courrier,
* Soit par virement bancaire

Règlementairement, le paiement devrait s'effectuer par anticipation en début de mois.

Je vous remercie de votre compréhension et de votre collaboration et je reste à votre disposition pour toute aide que vous jugeriez utile.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes sentiments dévoués.

Le Directeur,

Gérald MENRAS

27 JUIN 2018

Envoyé en préfecture le 21/06/2018
Reçu en préfecture le 21/06/2018
Affiché le
ID : 048-224800011-20180621-A18_1265-AR

lozère
LE DÉPARTEMENT

Direction Générale Adjointe de la Solidarité sociale
Maison départementale de l'Autonomie

Arrêté N° 18-1265

Fixant pour l'année 2018 les tarifs hébergement et dépendance - Maison de Retraite "Saint Martin" à Canourgue(La)

LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA LOZÈRE

CHEVALIER DE L'ORDRE NATIONAL DU MERITE

VU le Code général des collectivités territoriales, notamment les articles L.322.1 et suivants relatifs aux compétences du Président du conseil départemental en matière d'action sociale ;

VU le Code de l'action sociale et des familles, notamment les articles R 314-22 et suivants, R.314-34 et suivants ;

VU le code de la santé publique ;

VU la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

VU la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement notamment l'article 58 ;

VU l'ordonnance n°2005-1477 du 1er décembre 2005 portant diverses dispositions relatives à l'aide sociale aux établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

VU le décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du Code de l'action sociale et des familles ;

VU le décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médicaux sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles ;

VU la délibération du Conseil Départemental n°CD_17-1073 du 22 décembre 2017, fixant le taux directeur pour les établissements relevant du secteur personnes âgées et personnes en situation de handicap ;

VU la délibération du Conseil Départemental n°CD_17-1084 du 22 décembre 2017, approuvant la mise en place des crédits de paiements pour la gestion

Envoyé en préfecture le 21/06/2018
Reçu en préfecture le 21/06/2018
Affiché le
ID : 048-224800011-20180621-A18_1265-AR

2018 ;

VU la délibération du Conseil Départemental CD_18-1003 du 9 février 2018 approuvant les orientations budgétaires 2018 ;

VU les propositions budgétaires transmises par la personne ayant qualité de représenter l'établissement ;

SUR proposition de Monsieur le Directeur Général des Services du Département ;

ARRÊTE

ARTICLE 1 : Les tarifs hébergement pour l'année 2018 de "Maison de Retraite "Saint Martin"" à Canourgue(La) sont fixés à :

52,66 € pour les résidents de plus de 60 ans.
73,75 € pour les résidents de moins de 60 ans.

Les tarifs hébergements applicables au 1er juillet 2018 de maison de retraite Saint Martin sont fixés à :

53,28 € pour les résidents de plus de 60 ans
74,21 € pour les résidents de moins de 60 ans

ARTICLE 2 : Les tarifs dépendance répartis en 3 groupes sont fixés comme suit pour l'année 2018:

GIR 1 et 2 : 25,18 €
GIR 3 et 4 : 15,98 €
GIR 5 et 6 : 6,78 €

Les tarifs dépendance répartis en 3 groupes applicables au 1er juillet 2018 sont fixés comme suit :

GIR 1 et 2 : 24,99 €
GIR 3 et 4: 15,87 €
GIR 5 et 6 : 6,73 €

Le montant de la dotation globale dépendance à verser par le Conseil général de la Lozère pour l'année 2018 est de 537 215,64 €, versée mensuellement par douzième.

ARTICLE 3 : Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie restent redevables envers l'établissement de la participation forfaitaire calculée en application de la réglementation en vigueur.

ARTICLE 4 : Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, Espace Rodesse 103 bis rue Belleville BP 952- 33063 Bordeaux CEDEX, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

Envoyé en préfecture le 21/06/2018
Reçu en préfecture le 21/06/2018
Affiché le
ID : 048-224800011-20180621-A18_1265-AR

ARTICLE 5 : Monsieur le Directeur Général des Services du Département, Monsieur le Payeur départemental sont chargés, chacun en ce qui les concerne de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié à l'établissement concerné, et publié au Bulletin Officiel du Département.

Mende, le date 21 JUIN 2018
La Présidente du Conseil Départemental,

ACTE EXECUTOIRE 21 JUIN 2018
Pour la Présidente du Conseil départemental
La Directrice Générale Adjointe de la
Solidarité Sociale

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa

N° 14732*01

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

° UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
° UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL,** QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

° LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
° LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT.
SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

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

Adresse email _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire ☐ Vit maritalement ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf (ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI ☐ NON ☐ En cours ☐

Si oui, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Mandat de protection future ☐

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint ...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

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

Adresse email _____

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI ☐ NON ☐

SI OUI :

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal |_|_|_|_|_| Commune/Ville

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

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent ☐ Hébergement temporaire ☐

Accueil couple souhaité OUI ☐ NON ☐

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire _____

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile ☐ Chez enfant/Proche ☐ Logement foyer ☐ EHPAD ☐ Hôpital ☐ SSIAD / SAD[1] ☐ Accueil de jour ☐

Autre *(préciser)*

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI ☐ NON ☐
La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI ☐ NON ☐
Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli ☐

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI ☐ NON ☐

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter[(1)]

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal |_|_|_|_|_| Commune/Ville

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

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

[1] SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter[2]
Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)
Prénom(s)

ADRESSE
N° Voie, rue, boulevard

Code postal | | | | | | Commune/Ville

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

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule ☐ Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers ☐
Aide sociale à l'hébergement OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐
Allocation logement (APL/ALS) OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐
Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐
Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI ☐ NON ☐

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT ☐ DANS LES 6 MOIS ☐ ECHEANCE PLUS LOINTAINE ☐
DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : ___ / ___ / _____

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.

**Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.*

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

Nom de famille (de naissance) *(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)* _____ Prénom(s) _____

Date de naissance | | | | | | | | |

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement ☐ Fin/Retour d'hospitalisation ☐ Maintien à domicile difficile ☐

Autres *(préciser)* _____

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT ***(nom, prénom, adresse, téléphone)*** **:**

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS OUI NON **ALLERGIES** OUI NON Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE	OUI	NON
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE	NE SAIT PAS	OUI	NON
Si oui, préciser (localisation, etc.)			
Préciser la date du dernier prélèvement			

Taille _____ **Poids** _____

FONCTIONS SENSORIELLES	OUI	NON
Cécité		
Surdité		

RISQUE DE FAUSSE ROUTE OUI NON

REEDUCATION	OUI	NON
Kinésithérapie		
Orthophonie		

Autre (préciser) _____

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT

POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité *(cris...)*		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs Aberrants *(dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)*		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres *(préciser)*		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER *(si différent du médecin traitant)*

Nom _____ Prénom(s) _____

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal _____ Commune/Ville _____

Date _____

Signature

cachet du médecin

SAINT-MARTIN

PIECES A FOURNIR LORS DE L'ENTREE A LA MAISON DE RETRAITE

- Photocopie du **livret de famille** ou de la carte d'identité.
- Photocopie de l'**avis d'imposition ou de non imposition**.
- Photocopie de la **taxe foncière**.
- Photocopie des **pensions et retraites**
- 1 Relevé d'**Identité Bancaire**
- La fiche **inventaire trousseau**
- **Carte vitale + Attestation papier** avec ouverture des droits.
- **Carte mutuelle + Attestation papier**.
- **Dossier médical complet** sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin.

Ces pièces sont nécessaires à l'élaboration du dossier A.P.A (Allocation Personnalisée d'Autonomie), du dossier d'Allocation Logement et le cas échéant du dossier Aide Sociale.

NB :

- Il vous est possible d'**aménager votre chambre avec votre propre mobilier** ou seulement une petite commode, un fauteuil, une télévision, ...
- Il vous est recommandé de **prévoir quelques objets familiers**.
- Afin de faciliter votre adaptation pensez à **constituer un album photos**.
- **Un inventaire sera établi** et l'ensemble vous sera restitué dès que vous le souhaiterez.

MAISON DE RETRAITE / 48500 LA CANOURGUE / TÉL. 04.66.32.82.27 / FAX 04.66.32.95.17
e.mail : mr-saint-martin@wanadoo.fr

SAINT-MARTIN

NOM: **Prénom :**

Madame, Monsieur,
Merci de bien vouloir complèter cette fiche en fonction du trousseau dont vous disposez (ou que vous remettez à votre parent) lors de votre admission.
Cette fiche sera à réactualiser lors d'un renouvellement nécessaire, d'une évolution de la taille, de l'usure ou d'un besoin nouveau identifié.

NOMBRE CONSEILLE	DESIGNATION	NOMBRE REEL AU JOUR DE L'ENTREE
1	MANTEAU	
1	VESTE	
3	GILETS	
3	PULLS	
5	CHEMISES/CHEMISIERS	
4	MAILLOTS DE CORPS	
	JUPES/ROBES	
5	PANTALONS	
1	JOGGING	
4	PYJAMAS/CHEMISES DE NUIT	
2	ROBES DE CHAMBRE	
8	SLIPS/ CALECONS	
	COLLANTS	
6	CHAUSSETTES	
	FOULARDS/GANTS	
1	CHAPEAU OU CASQUETTE	
2	CHAUSSURES	
2	PANTOUFLES	
8	MOUCHOIRS	
6	SERVIETTES DE TOILETTE	
8	GANTS DE TOILETTE	
2	DRAPS DE BAIN	
1	NECESSAIRE DE TOILETTE (dont rasoir pour homme)	

L'établissement décline toute responsabilité pour le traitement du linge fragile : Damart, pure soie... Les blanchisseries recommandent essentiellement le coton, le poly coton et laine mélangée.
Je vous remercie d'avance pour l'aide que vous voudrez bien nous apporter.
Je vous prie d'agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, nos salutations distinguées.

MAISON DE RETRAITE SAINT-MARTIN / TÉL 04.66.32.95.17 / FAX 04.66.32.95.17
e.mail : mr-saint-martin@wanadoo.fr

CONSEIL GENERAL
LOZERE
Direction générale des Services du Département

Solidarité départementale
Service personnes âgées
Tél : 04.66.49.42.00 - Fax : 04.66.49.95.00

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Je soussigné(e) : .....

demeurant à :.....

Retourner ce document à l'appui du dossier de demande d'Aide Sociale pour personne âgée date et signe après en avoir pris connaissance

CONSEQUENCES DE L'ADMISSION A L'AIDE SOCIALE

Les personnes sollicitant le bénéfice d'une prestation d'aide sociale prévue sur ce dossier sont informées que :

- *Conformément à l'article L.132-8 du code de l'Action Sociale et des Familles, des recours sont exercés par le département(ou par l'Etat, si le bénéficiaire de l'aide sociale n'a pas de domicile de secours) :*

a) le bénéficiaire revenu à meilleure fortune ou contre la succession du bénéficiaire ;

- Le recouvrement sur succession des sommes versées au titre de l'aide sociale à domicile s'exerce sur la part de l'actif net excédant 46000 €. Seules les dépenses supérieures à 760 € et pour la part excédant ce montant peuvent donner lieu à récupération.
- Le recouvrement sur succession des sommes versées au titre de l'aide sociale à l'hébergement s'exerce sur l'actif net successoral au premier euro dépensé.
- Le recours contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune s'exerce pour les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement au titre des personnes âgées.

b) le donataire lorsque la donation ,supérieure à 1525 euros ,est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande ;

c) le légataire universel au premier euro dépensé.

- *Conformément à l'article L.132-9 du code de l'Action Sociale et des Familles, les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'aide sociale sont grevés d'une hypothèque légale en garantie des recours indiqués ci-dessus. Cette disposition ne s'applique que pour l'aide sociale à l'hébergement.*

- *Sans préjudice des paiements en restitution, quiconque aura frauduleusement bénéficié ou tenté de bénéficier de l'aide sociale, sera puni des peines prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal (article L.133-6 du code de l'Action Sociale et des Familles).*

- *L'attribution de l'aide sociale à l'hébergement au titre des personnes âgées est subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire définie par les articles 205 à 211 du Code Civil. Elle met en jeu également la contribution des époux aux charges du mariage mentionnée à l'article 214 dudit Code.*

Je soussigné déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées et autorise le Président du Conseil général à solliciter auprès des administrations compétentes toute évaluation de mon patrimoine notamment cadastrale.

Fait à ..... le .....

Signature

Hôtel du Département - rue de la Rovère - B.P. 24 - 48001 Mende Cedex
Tél. 04 66 49 66 66 - Télécopie 04 66 49 66 10
E-mail : cg48@cg48.fr

SAINT - MARTIN

2018

Emetteur :
Gérald MENRAS, Directeur

Destinataires :
Résidents
Familles
Tuteurs

CONVENTION POUR AUTORISATION D'UTILISATION DE CLICHES PHOTOGRAPHIQUES, DOCUMENTS MULTIMEDIA, VIDEOS ET FILMS

Je soussigné(e), ..., tuteur, personne de confiance, référent,
intervenant pour Mr/Mme .....
Autorise ☐
n'autorise pas ☐
à titre gratuit,

l'EHPAD Maison de Retraite Saint-Martin
2 rue du maille
48500 LA CANOURGUE
et
L'unité La Combe
48500 MASSEGROS

gérée par l'Association « Les Amis de La Maison de Retraite Saint-Martin, à reproduire des clichés photographiques, documents multimédia, vidéos et films sur lesquels j'apparais, pour la réalisation de plaquettes, de dépliants d'information, d'insertions publicitaires, d'affichages, de publi-reportages, film ou articles de presse, sur le site Internet et le Blog.
Cette autorisation d'utilisation d'images est prévue pour l'édition et la réédition successives des publications par l'EHPAD Maison de Retraite Saint-Martin, à la date de sa signature et rétroactivement sur la période où l'autorisation n'était pas encore formalisée.
Etant donné la durée potentielle de ces documents de communication, véritable mémoire de l'Association, il est expressément prévu que, dans le cas où la personne quitterait l'établissement pour une raison ou une autre, départ, maladie, décès…), elle autorise l'EHPAD Saint-Martin, gérée par l'Association « Les Amis de La Maison de Retraite Saint-Martin », à continuer de publier sa photo.
Cette autorisation est opposable à tout ayant cause ou ayant droit.

Le ..... / ..... / .....

Signature
(précédée de la mention
« Lu et approuvée »)

Gérald MENRAS,

Directeur.