

Nom et Prénom :

LISTE DE DOCUMENTS A REMETTRE

ATTESTATION DE DROITS

CARTE VITALE

COMPLEMENTAIRE MALADIE

LIVRET DE FAMILLE

COPIE DES RETRAITES DE L'ANNEE PRECEDENTE

OUI ou **NON** PERCOIT L'A.C.T.P. ou M.T.P. ou P.C.H. (entourer l'allocation perçue)

JUSTIFICATIF ALL LOGT

JUSTIFICATIF APA DOMICILE

AVIS D'IMPOSITION DE L'ANNEE PRECEDENTE

JUSTIFICATIFS DES TAXES FONCIERES (bâti et non bâti)

JUSTIFICATIFS DES CONTRATS D'ASSURANCE VIE

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE LA PERSONNE AGE S'IL N'Y A PAS DE CONTRAT ASS. VIE (Identité de la personne, objet, datée et signée du déclarant)

A rappeler : qu'en cas de fausse déclaration les sanctions l'article 441-7 du code pénal (15000 € d'amende)

OUI - NON DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Date de naissance Prénom
 Date d'entrée

Etablissement

situation avant l'entrée en établissement		cocher la case correspondante
Bénéficiaire de l'APA à domicile		
Bénéficiaire de la Majoration Tierce Personne (MTP)		
Bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)		
Bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)		

option choisie lors de votre entrée		consequences
ACTP*	je souhaite conserver	le tarif hébergement + l'intégralité du tarif dépendance me seront facturés. En cas de changement de situation une nouvelle option me sera proposée.
	je ne souhaite pas conserver	le tarif hébergement + le tarif dépendance GIR 5/6 éventuellement majoré, me seront facturés. Je perds l'intégralité de mes droits acquis au titre de l'ACTP et toute possibilité de retour à ce régime.
PCH	je souhaite conserver	le tarif hébergement + l'intégralité du tarif dépendance me seront facturés. Réduction de 90% (aide humaine) dans la limite des plafonds mini et maxi (arrêté ministériel du 19/02/2007) après un délai de 45 ou 60 jours.
	je ne souhaite pas conserver	le tarif hébergement + le tarif dépendance GIR 5/6 éventuellement majoré, me seront facturés. Je perds tous les bénéfices liés à cette prestation.

*ATTENTION: en cas d'accord d'Aide Sociale à l'Hébergement (A.S.H.), votre A.C.T.P. sera réduite de 90 % à compter de la date de la prise en charge.

fait à
 Le signature

ANNEXE 2**ENGAGEMENT DE PAYER**
(pour les EHPAD autonomes)

Article L.315-16 du Code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e)

Nom Prénom

Adresse

.....

m'engage à régler les frais de séjour de :

 Moi-même (1) M. Mme Mlle Prénom

Lien de parenté

A compter de mon (1) / son entrée à l'EHPAD de le/...../..... ainsi que des autres frais éventuels à ma (1) / sa charge (frais divers : pédicure, coiffeur ...) et tarifs des prestations annexes.

Je reconnais avoir été informé(e)

- Des tarifs journaliers applicables à la date du .../.../2012 :

Tarif journalier d'hébergement €

Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2 €

Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4 €

Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6 €

- 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 devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal de Grande Instance de

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.

« Lu et approuvé », le

Signature

(1) Si le soussigné n'est pas le malade ou le résident