

**Etablissement d'hébergement
pour personnes âgées (82)
du Tarn et Garonne**

NOM DU RESIDENT :

Prénom :

DOSSIER ADMINISTRATIF

A l'admission

Cadre réservé à l'administration

Maison de retraite Sainte-Sophie

661, rue du Pézoulat – 82170 Grisolles
Tél : 05.63.27.13.00 - Fax : 5.63.68.05.53

Date de retour du dossier:

Signature du directeur :

**Etablissement d'hébergement
pour personnes âgées (82)
du Tarn et Garonne**

Pièces à fournir

- Copie Carte nationale d'identité (recto/verso)
- Copie du livret de famille et/ou extrait d'Acte de naissance
- Copie carte d'ancien combattant
- Copie attestation carte vitale
- Copie de la carte mutuelle
- Attestation responsabilité civile
- Copie du jugement (si protection juridique)
- Copie dernière déclaration de revenus
- Notification de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- Relevé d'identité bancaire
- 2 photographies d'identité

**Etablissement d'hébergement
pour personnes âgées (82)
du Tarn et Garonne**

ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

Je soussigné(e) Mme/M./Mlle:.....

Profession :.....

Demeurant à :.....

.....

Lien de parenté :.....

Déclare :

- ✓ Avoir pris connaissance des tarifs applicables à l'EHPAD, fixés par arrêté du Président du Conseil Général et révisés chaque année.
- ✓ M'engager à régler ces tarifs dans leur totalité ou selon la part fixée par la commission d'aide sociale dans le cadre de l'obligation alimentaire.

Pour l'hébergement de :

M.....

Admis(e) à l'EHPAD :

Depuis le :.....

En cas de placements temporaires successifs, l'acte de cautionnement solidaire du premier placement est engagé pour les placements suivants.

Cet engagement n'est pas opposable au recours que l'établissement peut exercer, s'il y a lieu, contre le (la) résidant(e) ou les membres de sa famille, conformément aux articles 205 et 206 du Code Civil.

Le paiement s'effectue par chèque bancaire ou postal, libellé à l'ordre du Receveur du Trésor Public, comptable de l'établissement.

Fait à :

le,

LA CAUTION

Signature précédée de la mention
manuscrite

"lu et approuvé pour caution solidaire"

Le Représentant de l'établissement

Signature précédée de la mention
manuscrite

"lu et approuvé, bon pour acceptation"

**Etablissement d'hébergement
pour personnes âgées (82)
du Tarn et Garonne**

**ACCUSÉ RÉCEPTION ET DE LECTURE
DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT**

Je soussigné(e),

M., Mme, résidant(e),

Et/Ou M., Mme, représentant légal de

M., Mmerésidant(e)

Déclare avoir reçu et avoir lu le "Règlement de fonctionnement".

Fait à le.....

Signature

**Etablissement d'hébergement
pour personnes âgées (82)
du Tarn et Garonne**

CONTRAT DE SÉJOUR

A la date de conclusion du présent contrat :

Le tarif hébergement est fixé à euros par jour.

Le tarif dépendance est fixé à euros par jour (sous réserve de la validation du girage par l'équipe médico-sociale du Conseil Général).

Ces tarifs sont révisés chaque année.

Le contrat s'applique :

- Pour une durée indéterminée, à compter du
- Pour un placement temporaire, du au

Signature

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (82) du Tarn et Garonne

FICHE DE DEPÔT EHPAD

ETIQUETTE

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Date d'entrée :
Date de sortie :

Je soussigné(e), déclare :

Cocher les cases correspondantes de réponse

1. N'avoir ni valeur, ni objet précieux à remettre au régisseur de l'hôpital, dégageant ainsi la responsabilité de l'administration en cas de perte ou de vol.
2. Avoir été invité à déposer des valeurs et des objets précieux, et m'y refuser de mon plein gré, dégageant ainsi la responsabilité de l'administration en cas de perte ou de vol.
3. Déposer au coffre
 - Objets décrits sur l'inventaire ci dessous
 - Valeurs, espèces et bijoux
4. Patient hors d'état de manifester sa volonté

<i>Objets déposés chez le régisseur</i>	quantité	Descriptions et/ou observations
Clés		
Papiers		

Nom et signature de l'agent ayant donné l'information ou des 2 personnes responsables de l'inventaire

Je soussigné(e), M., M^{me}, M^{lle}, avoir pris connaissance des différentes possibilités de dépôt de valeurs lors de mon entrée (cas n° 1, 2, 3)

Date :

Signature :

Signature et nom de l'agent qui dépose cas N°3 et 4

Lors du retrait, je déclare avoir reçu les objets et valeurs confiés à l'hôpital.

Date :

Nom :

Signature :