

Dossier complémentaire  
**HABITUDES DE VIE**

**NOM ET PRENOM :**

.....



A JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION (CERFA)  
&  
A COMPLETER POUR TOUTE DEMANDE D'ENTREE  
A LA RESIDENCE

74 rue Paul Roux Boulevard Roumanille 84260 SARRIANS  
Tél. : 04.90.65.41.44 Fax : 04.90.65.31.51



## **PIECES ADMINISTRATIVES A FOURNIR**

- 1 Photographie d'identité (facultatif)
- Livret de famille, carte nationale d'identité ou extrait d'acte de naissance
- Attestation papier d'assurance maladie
- Carte de complémentaire santé
- Justificatifs de ressources : attestations fiscales des retraites
- 3 derniers relevés de compte
- Le relevé des capitaux
- Pour les propriétaires, avis fiscal de taxe foncière
- Pour les locataires, 3 derniers justificatifs de loyer
- Un relevé d'identité bancaire ou postal
- Avis d'imposition ou de non imposition
- Attestation d'assurance de responsabilité civile vie privée
- L'acte de caution solidaire complété par tous les enfants
- En cas de protection juridique : ordonnance du jugement
- Pour les étrangers : copie du titre de séjour

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE EXAMINE**



## VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE ET SOCIALE

Avez vous déjà eu une expérience de vie en Maison de retraite ?  oui  non

La demande d'entrée actuelle est établie par : .....

Pour la personne concernée :

Qu'est ce qui motive cette demande d'entrée :

- \* La question de l'autonomie?.....
- \* La question de l'isolement? .....
- \* Les conditions de logement? .....
- \* Autres : .....

Que pensez-vous de votre démarche ? .....

.....

.....

***Rappel : l'information et l'accord de l'intéressé(e) sont essentiels à son admission conformément à l'article 311.3 du code de l'action sociale et des familles—3ème alinéa.***

Si vous vivez habituellement à domicile, c'est:

En tant que:  propriétaire  locataire  hébergé(e) à titre gracieux

Dans le cas où vous ne vivez-pas seul(e) : (sinon passez à la question suivante)

Avec qui vivez-vous ?

Nom:..... Prénom:.....

Votre organisme de sécurité sociale : .....

.....Taux de prise en charge : .....

ALD (Affection Longue Durée)  CMU (Couverture Maladie Universelle)

Votre mutuelle : ..... numéro : .....

Adresse : .....

.....

Éventuellement :  CMU Complémentaire  chèque santé  
ou  prise en charge à l'Aide Sociale si vous êtes déjà en établissement

Quelle profession avez-vous exercée ?.....

Quelle était la profession de votre conjoint(e) ? : .....

\* Bénéficiez-vous d'une pension militaire d'invalidité ?  oui  non



Caisse(s) de retraite :

- ..... N° de ..... pension : ..... Montant mensuel: .....
- ..... N° de pension : ..... Montant mensuel: .....
- ..... N° de pension : ..... Montant mensuel: .....
- ..... N° de pension : ..... Montant mensuel: .....
- ..... N° de pension : ..... Montant mensuel: .....
- ..... N° de pension : ..... Montant mensuel: .....
- ..... N° de pension : ..... Montant mensuel: .....

Autres ressources (AAH, rente accident du travail, placements, revenus de l'immobilier...) :

.....

.....

.....

En cas de succession, à quel notaire doit-on s'adresser?.....

Avez vous une convention obsèques ?  oui  non

Si oui, laquelle ? : .....

Si non, avez-vous consulté des sociétés funéraires ?  oui  non

Si oui, coordonnées de la société retenue .....

En cas de décès, quelles dispositions souhaiteriez-vous appliquer ?

Le dépositaire l'Athanée à Carpentras ?  oui  non

Le retour au domicile d'un proche?  oui  non

Préciser le lieu : .....

La résidence Anne de Ponte ?  oui  non

La crémation ? :  oui  non

Disposez-vous d'un caveau ?  oui  non

Lieu de sépulture : .....

Avez-vous d'autres souhaits particuliers à nous indiquer (bijoux, vêtement...)?:

.....

.....

# ADRESSE DU CORRESPONDANT

Je soussigné, Monsieur, Madame, Mademoiselle.....  
Résident(e) de la Résidence Anne de Ponte de Sarrians, déclare que pour mon séjour :

- Mon courrier personnel doit être remis :  A moi-même  
 À la personne désignée ci-dessous

**(dans ce cas fournir obligatoirement des enveloppes de réexpédition timbrées)**

Monsieur, Madame ou Mademoiselle .....  
Demeurant à .....

Adresse mail : .....

La facturation du séjour doit être remise :

- A moi-même  
 A la personne désignée ci-dessous

Monsieur, Madame ou Mademoiselle.....  
Demeurant à .....

Date :

signature :

\*\*\*\*\*

## EN CAS D'URGENCE

Qui doit-on prévenir ?

1/ Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

N° de téléphone du domicile : .....

N° de téléphone portable : .....

N° de téléphone du travail : .....

A quel moment ?  jour  nuit

2/ Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

N° de téléphone du domicile: .....

N° de téléphone portable : .....

N° de téléphone du travail : .....

A quel moment ?  jour  nuit



## VOS CONTACTS, VOS LOISIRS, ET VOS SORTIES...

Avez-vous des contacts avec :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| . vos voisins                              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| . des amis                                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| . votre famille<br>(autre que vos enfants) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Avez-vous des animaux ?  oui  non

Regardez-vous la télévision ?  oui  non

Quand ?  matin  midi  soir

Ecoutez-vous la radio ?  oui  non

Quand ?  matin  midi  soir

Lisez-vous ?  oui  non

Quel genre de livres ou revues ? .....

Ecoutez-vous de la musique ?  oui  non

Quel style?.....

Aimez-vous les sorties ?  oui  non

Quel genre de sorties ? .....

.....

Quelles sont les activités que vous pratiquez ?

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> jeux de sociétés           | <input type="checkbox"/> jardinage    |
| <input type="checkbox"/> travaux manuels intérieurs | <input type="checkbox"/> promenades   |
| <input type="checkbox"/> travaux manuels extérieurs | <input type="checkbox"/> voyages      |
| <input type="checkbox"/> musique, chants            | <input type="checkbox"/> informatique |
| <input type="checkbox"/> autre (à préciser)         | <input type="checkbox"/> sport        |

.....

Faites-vous partie :

- d'un club
- d'une association
- d'une chorale
- autre (à préciser)

.....

Allez-vous régulièrement chez le coiffeur ?  oui  non

L'esthéticienne ?  oui  non

Attachez-vous de l'importance à votre tenue vestimentaire ?

- oui  non

Vos commentaires



## LE RYTHME DE VOTRE JOURNEE ?

### LE MATIN

A quelle heure avez-vous l'habitude de vous lever ? .....

Que prenez-vous pour votre petit déjeuner ? .....

Quelles sont vos activités le matin?

.....

### LE MIDI

A quelle heure avez-vous l'habitude de déjeuner ? .....

Que prenez-vous à déjeuner ?

- |                    |                              |                              |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| . entrée           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| . viande (poisson) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| . légumes          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| . Féculents        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| . fromage          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| . dessert          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Vos commentaires

Quelles sont vos activités l'après-midi ? .....

.....

Avez-vous l'habitude de prendre une collation ? .....

### LE SOIR

A quelle heure avez-vous l'habitude de dîner? .....

Que prenez-vous pour votre dîner ?

- |                     |                              |                              |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| . entrée ou potage  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| . Viande ou poisson | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| . féculents         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| . légumes           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| . fromage           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| . dessert           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Quelles sont vos activités de la soirée ? .....

.....

A quelle heure avez-vous l'habitude de vous coucher ?

.....

### VOS REPAS

Suivez-vous un régime alimentaire?  oui  non

Pourquoi ?  pour raison de santé  
 pour convenance personnelle

Quels sont vos plats préférés ? .....

.....

Quels sont les aliments que vous n'aimez vraiment pas ? .....

.....

Qu'avez-vous l'habitude de boire ?

eau  café  vin  thé  bière   
 infusion  autres (à préciser) :

.....

## VOTRE HYGIENE

Préférez-vous faire votre toilette ?

- au lavabo     à la douche  
 à la baignoire

La faites-vous ?

- le matin     le soir

Souhaitez-vous que l'entretien de votre linge soit effectué :

- par la Résidence     par la famille

## VOS BESOINS QUOTIDIENS

Portez-vous :

- |                        |                              |                              |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| des lunettes ?         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| un appareil auditif ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| un appareil dentaire ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Haut                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Bas                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Utilisez-vous :

- |                        |                              |                              |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| une canne ?            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| un déambulateur ?      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| un fauteuil roulant ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| un lit médicalisé ?    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| des barrières de lit ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Utilisez -vous :

- |                           |                              |                               |                               |                              |
|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| des changes anatomiques ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> jour | <input type="checkbox"/> nuit | <input type="checkbox"/> non |
| des changes complets ?    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> jour | <input type="checkbox"/> nuit | <input type="checkbox"/> non |

Combien de changes par jour ? .....

Avez-vous des difficultés pour vous repérer:

- |                 |                              |                              |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Dans le temps ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Dans l'espace ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

## VOTRE SUIVI MEDICAL

Par quel médecin souhaitez-vous être suivi à la Résidence ?

.....

Avez-vous un autre praticien (spécialiste) que vous souhaitez garder ? .....

.....

Avez-vous d'autres indications à nous fournir ? .....

.....

.....

Vos commen-  
taires :



# ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

(article 2011 à 2043 du Code Civil)  
(à établir en deux exemplaires)



**NOM et Prénom du Résident :** -----

**Caution signataire du présent engagement**

**NOM et PRENOM :** .....

**Domicile :** .....

A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de *(mettre la somme en toutes lettres)* :

.....Euros.

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Général de Vaucluse.

Après avoir pris connaissance des tarifs en application pour les frais de séjour et du Règlement de Fonctionnement affiché dans les locaux, le signataire du présent acte de cautionnement déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de la Résidence « Anne de Ponte » à satisfaire aux obligations du résident qui résultent du Contrat de séjour et des conditions de séjour-règlement de fonctionnement pour le paiement :

des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général,  
des charges récupérables et réparations éventuelles.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de la Résidence pour la durée du Contrat de séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main (sur les deux originaux) la mention ci après :

« Je me porte caution solidaire en renonçant au bénéfice de division et celui de discussion défini à l'article 2298 du Code Civil et en m'obligeant solidairement avec les autres obligés alimentaires, pour les obligations en principal, intérêts, frais et accessoires nés au cours de l'exécution du Contrat de Séjour et résultant de ce contrat de séjour et du règlement de fonctionnement dont j'ai reçu deux exemplaires :

Pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année dans les conditions réglementaires et légales par arrêté du Président du Conseil Général, et révisables unilatéralement,

Pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR de la personne résidente, si cette dernière ne peut bénéficier de l'A.P.A.

Dans la limite du temps de présence du résident dans l'établissement, générateur des frais liés à sa prise en charge pour les créances passées et en cours (montant global ainsi calculé), puis éventuellement décidés de l'en retirer ou de continuer à en assurer les frais à venir.»

*Mention manuscrite de la caution :*

Fait à .....

le,.....

**LA CAUTION**

Signature précédée de la mention manuscrite

« lu et approuvé pour caution solidaire »

**Le Représentant de la Résidence**

Signature précédée de la mention manuscrite

« lu et approuvé, bon pour acception »

## FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(suivant article L.1111-6 Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 9 du 02/02/16)

Vous allez être admis en EHPAD et allez y séjourner. Dès votre admission, vous avez la possibilité de désigner une « personne de confiance » (qui peut être votre médecin traitant, un parent ou un proche) qui sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera votre porte parole et pourra recevoir les informations médicales à votre place.

**Cette désignation est facultative. La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose, si vous étiez hospitalisé(e) ou en cas de décès; sa mission ne concerne que votre santé.**

La personne de confiance a plusieurs missions, vous devez avoir au préalable recueilli son accord. Elle peut si vous le souhaitez :

- \* vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- \* assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
- \* prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.
- \* si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale.

Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

Cochez la case correspondante :

**je ne désigne personne** (*dans ce cas ne pas remplir le questionnaire*)

**je souhaite désigner la personne de confiance ci-après :**

:

**Nom et prénom :** .....

**Adresse :** .....

.....

Tél. : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

**Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.**

Le .../.../...      *Signatures : du résident*      *de la personne de confiance*

.....

.....

## DROIT A LA VIE PRIVEE

Je soussigné(e)

Madame Monsieur \_\_\_\_\_

Ou Représentant légal (précisez) : \_\_\_\_\_

Autorise l'Etablissement à user de mon identité et de mon image à des fins :

- \* d'affichage sur tout support interne à l'Etablissement : listes, dossiers...
- \* de publication à l'extérieur de la Résidence : gendarmerie, journaux...

Je sais que je suis libre de révoquer ma décision à tout moment.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature : résident(e) \_\_\_\_\_ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

## DROIT A L'INTEGRITE

Je soussigné(e) :

Résident Madame Monsieur \_\_\_\_\_

Ou représentant légal, fille, fils, frère, sœur (rayer les mentions inutiles) ou autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Autorise l'équipe soignante de l'établissement à réaliser un prélèvement sanguin chez mon ma : \_\_\_\_\_

(préciser le lien de parenté ou autre), pour rechercher une infection par les virus des hépatites B ou C ou par le virus de l'immunodéficience humaine VIH, dans le cas où mon ou ma \_\_\_\_\_ serait la source d'un accident par exposition au sang survenu chez un membre du personnel de la Résidence Anne de Ponte.

J'atteste avoir reçu une information claire et compréhensible et que toutes les réponses à mes questions ont été données.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature : résident(e) \_\_\_\_\_ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_