



E.H.P.A.D « TY MEM BRO »



EHPAD « Ty Mem Bro » 20 rue de la jouanne 56580 CREDIN

☎ 02/97/51/51/89 FAX : 02/97/51/53/77 E-mail : tymembro@ehpad-credin.fr

// VOLET « CHOIX DES ÉTABLISSEMENTS »

Une page à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille, plateforme...)

Nom de naissance du demandeur : _____

Nom d'usage (marital) du demandeur : _____

Prénom du demandeur : _____

Date de naissance du demandeur : _____

INDIQUEZ PAR ORDRE DE PRIORITÉ LES ÉTABLISSEMENTS OÙ VOUS SOUHAITEZ ÊTRE ACCUEILLI

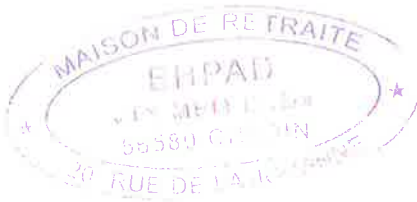
| | | |
|-----------------------------|------------------------|--|
| 1^{er} choix | Nom de l'établissement | |
| | Adresse | |
| | Commune | |
| | Téléphone | |

| | | |
|------------------------------|------------------------|--|
| 2^{ème} choix | Nom de l'établissement | |
| | Adresse | |
| | Commune | |
| | Téléphone | |

| | | |
|------------------------------|------------------------|--|
| 3^{ème} choix | Nom de l'établissement | |
| | Adresse | |
| | Commune | |
| | Téléphone | |

| | | |
|------------------------------|------------------------|--|
| 4^{ème} choix | Nom de l'établissement | |
| | Adresse | |
| | Commune | |
| | Téléphone | |

| | | |
|------------------------------|------------------------|--|
| 5^{ème} choix | Nom de l'établissement | |
| | Adresse | |
| | Commune | |
| | Téléphone | |



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.

// VOLET ADMINISTRATIF

Trois pages à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin

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

À NE REMPLIR QUE SI VOUS ÊTES SOUS TUTELLE, CURATELLE, MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

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'ÉTABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE **À NE REMPLIR QUE SI VOUS AVEZ DÉSIGNÉ PAR ÉCRIT UNE PERSONNE DE CONFIANCE (article L.1111-6 du Code de la santé publique)**

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 / SAD¹ 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

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

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

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

NOM DU TAXI AMBULANCE :

NOM DU COIFFEUR :

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.*

// **VOLET MÉDICAL** en cas de demande de pré-inscription en EHPAD ou USLD, deux pages à remplir par votre médecin et à mettre sous pli confidentiel

**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) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

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 **PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE** NE SAIT PAS OUI NON

| | | | |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tabac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sevrage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille Poids

FONCTIONS SENSORIELLES OUI NON **RISQUE DE FAUSSE ROUTE** OUI NON **REEDUCATION** OUI NON

Cécité Kinésithérapie

Surdité 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 (<i>cris...</i>) | | |
| Dépression | | |
| Anxiété | | |
| Apathie | | |
| Désinhibition | | |
| Comportements moteurs | | |
| Aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...</i>) | | |
| 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 (<i>préciser</i>) | | |

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

// VOLET « AUTONOMIE »

Deux pages à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille, plateforme)

Nom de naissance du demandeur : _____

Nom d'usage (marital) du demandeur : _____

Prénom(s) du demandeur : _____

Date de naissance du demandeur : _____

TOILETTE/ HABILLEMENT

Vous faites votre toilette :

 Seul(e)
 Avec une aide partielle
 Avec une aide complète

Vous vous habillez ou déshabillez :

 Seul(e)
 Avec une aide partielle
 Avec une aide complète
TRANSFERTS/ DÉPLACEMENTSVous vous levez du lit seul(e) : Oui Avec difficulté NonVous vous mettez (couchez) au lit seul(e) : Oui Avec difficulté NonVous vous asseyez au fauteuil seul(e) : Oui Avec difficulté NonVous prenez un ascenseur seul(e) : Oui NonVous montez et descendez les escaliers seul(e) : Oui NonVous marchez seul(e) : Oui NonVous marchez avec le soutien d'une canne : Oui NonVous marchez avec le soutien d'un déambulateur : Oui NonVous utilisez un fauteuil roulant par intermittence : Oui NonVous utilisez un fauteuil roulant en permanence : Oui Non**COHÉRENCE**

Vous sortez et vous vous promenez seul(e) et de façon indépendante :

 Oui
 Avec difficulté
 Non

Vous vous occupez seul (e) de la prise de vos médicaments (dose et horaire) :

 Oui
 Avec difficulté
 Non

Vous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et composez les numéros...

 Oui
 Avec difficulté
 Non

Vous pouvez vous exprimer et converser :

 Oui
 Avec difficulté
 Non

ORIENTATION

- Vous vous repérez dans les moments de la journée : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans les moments de l'année : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans les lieux habituels : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans des lieux inconnus : Oui Avec difficulté Non

SOMMEIL

- Votre sommeil est : Correct Correct avec un traitement Difficile

CONTINENCE

- Utilisez-vous des protections : Oui, le jour Oui, la nuit Non
- Si oui, vous les gérez seul(e) : Oui Non

ALIMENTATION

- Vous mangez seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous servez seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Votre repas doit être : Mixé Haché De texture normale

Précisions éventuelles : _____

Nom de la personne ayant renseigné le volet Autonomie : _____

Fonction ou qualité si cette personne n'est pas le demandeur : _____

Date : _____

Signature

=====HISTOIRE DE VIE=====

RESUME DE LA VIE DE LA PERSONNE INSCRITE

(EN QUELQUES LIGNES)

(Vécu, activités, loisirs, ...)

(Pour mieux la connaître)

.....

Loisirs (fréquentation d'un club, d'une association...) :

.....

Souhaits :

.....

Avez-vous des habitudes (importantes pour vous) que vous souhaiteriez garder en entrant à la l'EHPAD ?

.....

Mesure de Protection ? Si oui laquelle ?

Avez-vous eu ou avez-vous actuellement un animal de compagnie ?.....

Religion :..... Praticant ou non ?.....

Coiffeuse :..... Rendez-vous à prendre par la famille ou par nous ?

Accompagnerez-vous votre parent au rendez-vous ?

oui

non

Allergies connues ?

Acceptez-vous que votre parent soit pris en photo lors d'animations, de sorties diverses pour une parution dans la presse ?

OUI

NON

Pour une parution dans le journal de la maison « ensemble » ?

OUI

NON

Si vous avez d'autres choses à nous communiquer, merci de l'indiquer ici :

.....

Feuille de suivi médical

A remplir impérativement
PAR LA FAMILLE

Identité de la personne :

Médecin traitant :

Date de naissance :

Taille :

Tutelle/curatelle ?

Poids :

Suivi par spécialistes ?

| | Identité du médecin | Dernières visites et prochains rendez-vous |
|----------------------|---------------------|--|
| OPHTALMOLOGIE | | |
| ORL | | |
| GYNECOLOGIE | | |
| DENTISTE | | |
| ORTHOPEDIE | | |
| UROLOGIE-NEPHROLOGIE | | |
| VASCULAIRE | | |
| VISCERALE DIGESTIF | | |
| CARDIOLOGIE | | |
| PNEUMOLOGIE | | |
| ONCOLOGIE | | |
| NEUROLOGIE | | |
| DIABETOLOGIE | | |
| PSYCHIATRIE | | |
| PEDICURE | | |
| KINESITHERAPIE | | |
| ORTHOPHONIE | | |
| PSYCHOMOTRICIENNE | | |
| ERGOTHERAPEUTE | | |
| PSYCHOLOGUE | | |
| IDE LIBERALE | | |

TAXI-AMBULANCE : Le résident a-t-il le mal des transports ?

OUI

NON

Si oui, prend-il un traitement au préalable ?

OUI

NON

Conduite à tenir en cas de décès :

Personne à prévenir en priorité :

Jour et nuit :

OUI

NON

FUNERARIUM :

Nom :**Prénom :****Secteur :****Régime particulier :**

Sans sucre

Sans sel

Sans résidus

Allergies alimentaires :

Boisson :

Alcool :

Alimentation :

Normale

Hachée

Mixée

Aliments que la personne n'aime pas :

| Viande | Légumes |
|--------|---------|
| | |

Le résident est-il :

En fauteuil roulant ?

Mange seul ?

Aime dialoguer ou plutôt réservé ?

Connait-il d'autres résidents ?

Présente des troubles visuels ?

Nécessite des couverts adaptés ?

Nom :

Prénom :

Secteur :

La personne a-t-elle des rituels d'endormissement (tisane, lecture, télévision...) ?

Son sommeil est-il perturbé ?

La personne a-t-elle des somnifères ?

La personne est-elle diabétique ?

Si oui

insu lino dépendant

non insu lino dépendant

La personne est-elle sous anticoagulant ?

Personne continente ou incontinente :

- Si continence : Se lève la nuit ? Seule ou pas ? Chaise garde-robe, urinal, bassin ?

- Si incontinence ? Change complet ou Anaforme ?



EHPAD « Ty Mem Bro »
20 rue de la jouanne
56580 CREDIN

Les entrées se font entre 14 h et 15 h impérativement.

Pour l'hébergement temporaire les sorties se font entre 10 h et 12h.

Il est impératif de fournir à l'entrée du résident son traitement en cours avec la prescription, sa carte vitale, son attestation d'assuré sociale et sa carte de mutuelle.

Il faut prévoir **suffisamment de linge**, au moins 6 exemplaires de chaque (pantalon, ou jogging, robe, gilet, pull, linge de corps, chaussettes, bas, collants, pyjama, chemise de nuit, robe de chambre ...). Ne pas oublier non plus les chaussures et chaussons. **Le linge sera évidemment à renouveler en cas de besoin. Le linge délicat (lainage, rovyll...) est à proscrire.** L'établissement déclinera toute responsabilité en cas de problème de rétrécissement, de feutrage intempestif. L'usure normale du linge ne sera en aucun cas imputable à l'établissement.

Le linge est marqué par le personnel de lingerie de l'établissement.

Pour les Messieurs, il ne faut pas oublier d'apporter leur rasoir également.

Pour les personnes qui possèdent une canne, un fauteuil roulant, un déambulateur.... **Il doit être impérativement marqué au nom de la personne.**

Il vous faut également fournir les produits de toilette et d'hygiène, pour l'hébergement temporaire. Pour l'hébergement permanent il est possible que l'établissement fournisse les produits contre une cotisation annuelle de 15€.

Nous vous assurons d'un accompagnement de votre parent jusqu'au dernier jour. A cet effet, afin de le réaliser dans les meilleures conditions, il serait souhaitable de veiller à la préparation des vêtements appropriés et de nous signaler si un contrat obsèques a été réalisé.

LES TARIFS JOURNALIERS 2018

| | |
|------------------|--------------------------------------|
| TARIF | 60.39€ |
| TARIF DEPENDANCE | 6.98€ |
| | 67.37€/JOUR en hébergement permanent |

Le paiement des frais de séjour se fait par avance et non à terme échu (délibération du Conseil d'Administration), l'absentéisme sera défalqué le mois suivant.

Les tarifs en hébergement temporaire :

66.71 + 6.98 = 73.69€/jour

MERCI DE PRENDRE RENDEZ-VOUS, IMPERATIVEMENT, POUR LE DEPOT DU DOSSIER (02.97.51.51.89).

CAUTION

Vu l'article R314-149 modifié par le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 autorisant la mise en place de caution :

Le versement d'un dépôt de garantie équivalent à un mois de 30 jours de frais de séjour sera donc demandé à l'entrée.

La caution sera restituée à la personne hébergée ou à son représentant légal, dans les 30 jours qui suivent sa sortie (déduction faite de l'éventuelle créance de ce dernier et/ou de détérioration observée).

Pour 2018 : $60.39\text{€} \times 30 \text{ j} = 1811.70\text{€}$

MERCI DE PRENDRE RENDEZ-VOUS, IMPERATIVEMENT, POUR LE DEPOT DU DOSSIER (02.97.51.51.89).



EHPAD « Ty Mem Bro »

20 rue de la jouanne

56580 CREDIN

Documents à fournir. Merci.

1 photocopie du livret de famille,

1 extrait d'acte de naissance,

1 attestation d'assuré social valide,

1 photocopie de la carte de mutuelle valide,

1 attestation d'assurance responsabilité civile valide,

1 photocopie de l'avis d'imposition ou de non-imposition 2017,

1 photocopie des titres de pension 2016/2017,

1 photocopie de l'ordonnance de la mesure de protection (si mesure mise en place),

1 R.I.B,

1 Photo récente,

Le certificat médical joint rempli.

Avec nos remerciements.

**LES DOSSIERS INCOMPLETS OU ILLISIBLES NE
SERONT PAS PRIS EN COMPTE.**