



cerfa
N°14732*03

**DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE
EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Échéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
	Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : _____
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Accueil de jour	Accueil de nuit
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / _____
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les 6 mois : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Echéance plus lointaine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____	Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / _____
Combien de jours ou de demi-journées par semaine (précisez le nombre de jours et les jours de la semaine souhaités) : ___/___	Combien de nuits par semaine/mois (précisez le nombre de nuits et les nuits de la semaine souhaitées) : ___/___
Admission avec le conjoint souhaitée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Commentaire de l'établissement

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>. Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif** : il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.) ;
Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal.
- **un volet médical** : il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'établissement qui pourra émettre un avis sur la capacité de l'EHPAD à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers

- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Justificatifs attestant du montant de retraite

- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)

- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter le système d'information pour le suivi du parcours des personnes (via trajectoire le cas échéant).

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom(s)

Date de naissance Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance² : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI NON

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence service seniors Long séjour
EHPAD Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

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

Adresse email _____@_____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (Cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____

Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA...)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)

3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Personne A : Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse 1
N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal [][][][][] Commune/ville _____

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

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Personne B : Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom(s) _____

Adresse 2
N° Voie, rue, boulevard _____

Code postal [][][][][] Commune/ville _____

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

Adresse email _____@_____

Proche aidant : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné

Nom de naissance

Prénom(s), s'il s'agit d'une personne

Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

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

Adresse email

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom

Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

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

Adresse email

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du Juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher une ou plusieurs cases)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez : _____
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

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.

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil

Demande urgente OUI NON

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

Médecin qui renseigne le dossier

Nom – prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Contexte de la demande (cocher la mention utile)

Soutien à domicile difficile¹

Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____

Changement d'établissement

La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI NON

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI NON

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____ @ _____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI NON

Coordonnées du médecin spécialiste :

¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.

² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé¹

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Amaigrissement récent²

Oui	Non
-----	-----

Conduite addictive	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :		
Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Déficiences sensorielles ³	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :		
- visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile		

Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle :		
- Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez)		

Risque de chute

Oui	Non
-----	-----

Risque de fausse route

Oui	Non
-----	-----

Soins palliatifs

Oui	Non
-----	-----

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD – HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		
	date du dernier prélèvement :		

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant : - déambulations pathologiques - gestes incessants - risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		
Stade :		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).



EHPAD Les couleurs du Lac
Sites : Alfred Blanc FAVERGES, Chante Merle CHEVALINE & La
Provenche SAINT-JORIOZ

Siège : 99 rue de la République
74210 FAVERGES-SEYTHENEX
Tél. 04.50.44.50.04

**ENGAGEMENT DE REGLEMENT POUR RESERVATION ET SEJOUR
– ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE**

1 exemplaire individuel est à compléter et à retourner avant l'admission à l'établissement par chacun des enfants et le cas échéant le conjoint.

En application du règlement de fonctionnement des EHPAD Alfred Blanc validé par le Conseil d'Administration du 20/10/2015 il est demandé aux ayants droits des résidents de fournir, lors du dépôt du dossier administratif, un acte de cautionnement en application des art 1326 ; 2011 et 2027 du code civil afin de prémunir l'établissement d'accueil en cas de non dépôt ou de refus du dossier d'aide-sociale et d'impécuniosité de la personne hébergée.

Nom :

Prénom :

Demeurant à :

Agissant au nom de :

En qualité de (Fils, Fille, Tuteur,...) :

m'engage à régler

- 1) Le montant journalier prévu pour la période de réservation de la chambre.
- 2) Les frais de séjour selon le prix fixé par arrêté du Conseil Départemental, suivant les conditions de l'établissement, soit mensuellement et à terme à échoir pour l'Hébergement et la Dépendance.

Le règlement peut être effectué par prélèvement automatique.

Fait à....., le.....

Signature :



EHPAD Les Couleurs du Lac

Sites : Alfred Blanc FAVERGES, Chante Merle CHEVALINE & La Provenche
SAINT-JORIOZ

PIECES A FOURNIR POUR L'ENTREE

- Certificats de vaccination antitétanique et de vaccination pneumo 23 à jour
- Test PCR négatif à faire pratiquer 72 heures avant l'entrée
- Copie de l'attestation de la carte Vitale
- CARTE VITALE (qui sera à remettre aux infirmières le jour de l'entrée)
- Carte d'Assurance Complémentaire / Mutuelle
- Copie de la Carte d'Identité
- Copie du Livret de Famille
- Relevé d'identité Postal ou Bancaire
- Notification A.P.A
- Avis d'imposition (ou de non imposition) **2022 sur les revenus de 2021**
- Avis d'imposition (ou de non imposition) **2021 sur les revenus de 2020**
- Assurance Responsabilité Civile
- Engagement à payer
- Caution égale à 1 mois de frais d'hébergement (un titre de recette sera émis après l'entrée, les cautions sont encaissées et restituées au moment du départ) soit pour 2022 :
 - **2 103.04 € pour La Provenche**
 - **2015.62 € pour Alfred Blanc et Chantemerle**



EHPAD Les Couleurs du Lac

Sites : Alfred Blanc FAVERGES, Chante Merle CHEVALINE & La Provenche SAINT-JORIOZ

TARIFS DES PRESTATIONS au 1^{er} mai 2022

Tarifs applicables au 1er mai 2022 (arrêté n°2022-01882 du 08 avril 2022 du Conseil Départemental)		
	Site La Provenche (St Jorioz)	Sites Alfred Blanc (Faverges et Chevaline)
HEBERGEMENT PRIX DE JOURNEE (LOYER inclus)	67.84 € (dont loyer 17 €)	65.02 € (dont loyer 17 €)
Tarifs applicables au 1er mai 2022 (arrêtés n°2022-01883 et 2022-01884 du 08 avril 2022 du Conseil Départemental)		
	Site La Provenche (St Jorioz)	Sites Alfred Blanc (Faverges et Chevaline)
DEPENDANCE GIR 1 – 2	21.83 €	22.44 €
DEPENDANCE GIR 3 – 4	13.85 €	14.24 €
DEPENDANCE GIR 5 – 6	5.88 €	6.04 €
PRIX DE JOURNEE – 60 ANS	87.18 €	84.82 €
Tarifs applicables au 1^{er} Janvier 2022 (délibération n° 04-22-10 du 26/10/2021 du conseil d'administration)		
<u>PRIX DU REPAS INVITE</u>		
- Semaine		15.00 €
- Dimanche et jour férié		17.00 €



EHPAD Les Couleurs du Lac

Sites : Alfred Blanc FAVERGES, Chante Merle CHEVALINE & La Provenche SAINT-JORIOZ

La Provenche (Saint Jorioz)

INFORMATIONS

RELATIVES AU REGLEMENT DES TARIFS D'HEBERGEMENT ET DE DEPENDANCE POUR L'ANNEE 2022 applicables au 1^{er} mai 2022

Le total journalier est la somme du prix de journée hébergement et du prix de journée dépendance correspondant au GIR du résidant

- **PRIX DE JOURNEE HEBERGEMENT** 67.84 €
(LOYER INCLUS : 17 €)
- **PRIX DE JOURNEE DEPENDANCE :**
 - GIR 1 et 2 : 21.83 €
 - GIR 3 et 4 : 13.85 €
 - GIR 5 et 6 : 5.88 €
 -

Selon les ressources du demandeur, vous avez la possibilité de bénéficier de l'**Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.)**, ainsi que de l'**Aide Personnalisée au Logement**, prestation versée par la Caisse d'Allocations Familiales ou la Mutualité Sociale Agricole. Les dossiers sont envoyés par le bureau en charge des admissions.

En outre, les E.H.P.A.D Les Couleurs du Lac sont **habilités à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale**. Si vous souhaitez une prise en charge à ce titre, un dossier doit être constitué auprès de la mairie du domicile de secours du résidant.

Conformément à la **loi n° 78.17** du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés un résidant ou son représentant légal peut, sur demande écrite au Directeur obtenir communication des données administratives le concernant.

Eléments de facturation	HEBERGEMENT et LOYER	DEPENDANCE			TOTAL GENERAL
		GIR 1 – 2	GIR 3 – 4	GIR 5 – 6	
MONTANTS	67.84 €	21.83 €	13.85 €	5.88 €	89.67 € 81.69 € 73.72 €
AIDES POSSIBLE	A P L pour le loyer et AIDE SOCIALE pour la différence entre hébergement et loyer	ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)		NEANT	
DEMARCHES	Pour l'APL : dossier établi par l'établissement (adjoint administratif) Pour A S : dossier à constituer à la mairie du domicile	Dossier d'APA remis par l'établissement aux familles et traité par le Conseil Général – Direction de la Gérontologie et du Handicap		NEANT	

Note complémentaire : la facturation de la dépendance sera scindée en 2 parties :

- 1) dépendance à la charge du résident (correspondant au tarif du GIR 5/6 appelé ticket modérateur) réglée par chaque résident : 5.88 €
- 2) dépendance couverte par l'A.P.A. (correspondant à la partie du tarif dépendance pris en charge par le Conseil Général)

soit pour le GIR 1 et 2 : 15.95 € et pour le GIR 3 et 4 : 7.97 €



EHPAD Les Couleurs du Lac

Sites : Alfred Blanc FAVERGES, Chante Merle CHEVALINE & La Provenche SAINT-JORIOZ

Alfred Blanc (Faverges et Chevaline)

INFORMATIONS

RELATIVES AU REGLEMENT DES TARIFS D'HEBERGEMENT ET DE DEPENDANCE POUR L'ANNEE 2022 applicables au 1^{er} mai 2022

Le total journalier est la somme du prix de journée hébergement et du prix de journée dépendance correspondant au GIR du résidant

- **PRIX DE JOURNEE HEBERGEMENT** 65.02 €
(LOYER INCLUS : 17 €)
- **PRIX DE JOURNEE DEPENDANCE :**
 - GIR 1 et 2 : 22.44 €
 - GIR 3 et 4 : 14.24 €
 - GIR 5 et 6 : 6.04 €
 -

Selon les ressources du demandeur, vous avez la possibilité de bénéficier de l'**Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.)**, ainsi que de l'**Aide Personnalisée au Logement**, prestation versée par la Caisse d'Allocations Familiales ou la Mutualité Sociale Agricole. Les dossiers sont envoyés par le bureau en charge des admissions.

En outre, les E.H.P.A.D Les Couleurs du Lac sont **habilités à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale**. Si vous souhaitez une prise en charge à ce titre, un dossier doit être constitué auprès de la mairie du domicile de secours du résidant.

Conformément à la **loi n° 78.17** du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés un résidant ou son représentant légal peut, sur demande écrite au Directeur obtenir communication des données administratives le concernant.

Éléments de facturation	HEBERGEMENT et LOYER	DEPENDANCE			TOTAL GENERAL
		GIR 1 – 2	GIR 3 – 4	GIR 5 – 6	
MONTANTS	65.02 €	22.44 €	14.24 €	6.04 €	87.46 € 79.26 € 71.06 €
AIDES POSSIBLE	A P L pour le loyer et AIDE SOCIALE pour la différence entre hébergement et loyer	ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)		NEANT	
DEMARCHES	<u>Pour l'APL</u> : dossier établi par l'établissement (adjoint administratif) <u>Pour A S</u> : dossier à constituer à la mairie du domicile	<u>Dossier d'APA</u> remis par l'établissement aux familles et traité par le Conseil Général – Direction de la Gérontologie et du Handicap		NEANT	

Note complémentaire : la facturation de la dépendance sera scindée en 2 parties :

- 3) dépendance à la charge du résident (correspondant au tarif du GIR 5/6 appelé ticket modérateur) réglée par chaque résident : **6.04 €**
- 4) dépendance couverte par l'A.P.A. (correspondant à la partie du tarif dépendance pris en charge par le Conseil Général)

soit pour le GIR 1 et 2 : 16.40 € et pour le GIR 3 et 4 : 8.20 €



EHPAD Les Couleurs du Lac

Sites : Alfred Blanc FAVERGES, Chante Merle CHEVALINE & La Provenche SAINT-JORIOZ

Vos interlocuteurs principaux sur les 3 sites sont :

- Le Directeur par intérim : **Romain BENMOUSSA**
- Le Directeur Adjoint : **Christophe COMPARIN**
- Le Médecin Coordonnateur : **Dr Jean Philippe KUHN**
- La Psychologue :
Sites Alfred Blanc, la Provenche et Chante Merle :
Brigitte CHIARIGLIONE
- Le Cadre Supérieur de Santé :
Virginie ANDRE : 04.50.88.91.73(Faverges) ou **06.09.77.79.68**
- La Cadre de Santé : Site Alfred Blanc (Faverges) :
Myriam SEVERE : 04.50.44.87.51
- L'infirmière Coordonnatrice
**Isabelle RUFFIER : Sites Chante Merle (Chevaline) et
la Provenche (St Jorioz) :**
Ligne directe Chante Merle : 04.50.32.93.48
Ligne directe la Provenche : 04.50.77.01.81
- Les Services Administratifs :
 - ◆ Admissions / Résidents :
Nathalie TROLLIET MERMIER (ligne directe : 04.50.77.01.88)
 - ◆ Comptabilité fournisseurs :
Emmanuelle TARDITI (ligne directe: 04.50.77.01.91)
 - ◆ Ressources Humaines :
Muriel GUENBOUR, DRH (ligne directe : 04.50.44.85.75)
Marie Pierre FONTANIVE (ligne directe : 04.50.88.92.38)
 - ◆ Secrétariat Général :
Cathy LESUEUR (ligne directe : 04.50.44.85.77)
- Les Infirmières :
 - Site La Provenche – Saint Jorioz (**ligne directe : 04.50.77.01.82**)
 - Site Alfred Blanc - Faverges (**ligne directe : 04.50.44.50.03**)
 - Site Chante Merle – Chevaline (**ligne directe : 04.50.32.93.51**)
 - Cantou- Chante Merle - Chevaline (**ligne directe : 04.50.32.93.43**)
- L'équipe des Aides-Soignantes et Agents des Services.



EHPAD Les Couleurs du Lac

Sites : Alfred Blanc FAVERGES, Chante Merle CHEVALINE & La Provenche SAINT-JORIOZ

Vous trouverez ci-dessous les coordonnées des membres titulaires et suppléants élus lors de l'élection des représentants des familles :

Membres Titulaires :

Madame Annick PASSABOSC

117 route de Marceau dessus

74210 DOUSSARD

06.79.99.91.75

annick.passabosc@wanadoo.fr

Monsieur Jean-Paul DIF TURGIS

79 impasse du Hameau des Perris

74410 DUINGT

06.12.20.96.85

difturgis@orange.fr

Membres Suppléants :

Monsieur Joseph FRISON ROCHE

10 rue des Myosotis

74960 CRAN GEVRIER

06.42.42.74.35

joseph.frison-roche@orange.fr

Madame Patricia DE MARCHI

268 route de Magnonnet

74410 DUINGT

06.31.20.95.54

pat.dm@sfr.fr

Vous pouvez les contacter pour leur faire part de toute question relative à la vie quotidienne et au fonctionnement de l'établissement, dont ils seront le relais au sein du Conseil de la Vie Sociale.