



**CENTRE HOSPITALIER MAURIAC**  
**E.H.P.A.D./U.S.L.D. du PAYS VERT**

Madame, Monsieur,

Vous venez de retirer un dossier de pré admission pour un proche. Nous vous demandons de le remplir le plus correctement possible. Notre équipe est à votre disposition pour tout renseignement utile :

- Mme BARLOT Nathalie, Cadre Supérieur de Santé.
- Mme DONADIEU Bernadette, I.D.E. Coordinatrice de l'E.H.P.A.D.
- M. GARDES Dominique, I.D.E. Coordonnateur de l'E.H.P.A.D.
- Pour tout renseignement sur le fonctionnement de la structure et la visite de l'E.H.P.A.D./U.S.L.D. (en cas d'absence s'adresser au secrétariat).*
- Mme FORETNEGRE Myriam, secrétaire administrative, pour ce qui concerne les éléments du dossier.
- Mme MANDIRAC Christel, Assistante Sociale, pour ce qui concerne les aides sur le financement (APA, CAF...).
- Mme BACHELLERIE Clothilde, Psychologue, pour un accompagnement psychologique lors de l'admission
- Mme GUERIN-GOMBERT Sylvie, Bureau des Recettes, pour les informations sur le financement et le paiement.
- Le personnel du Standard : journaux, téléphone...

Les dossiers peuvent être retirés auprès du Secrétariat de l'E.H.P.A.D., de l'Assistante Sociale et du Bureau des entrées.

Ce dossier est à retourner à :

**Centre Hospitalier de Mauriac**  
**Secrétariat EHPAD/USLD du Pays Vert**  
**Avenue Fernand Talandier**  
**15200 MAURIAC**

*L'équipe de l'E.H.P.A.D./U.S.L.D. du pays Vert du C. H. Mauriac*



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

- Sous référence accréditation DPA/FE/SAC/40 version n°2 11/01/2013

**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.**

# 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 (événement familial récent, décès du conjoint ...) :

## ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

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'ETABLISSEMENT** (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

**PERSONNE DE CONFIANCE**

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 / SAD<sup>1</sup> 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 (1)

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

<sup>1</sup> 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 <sup>(2)</sup>

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

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.

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
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"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille             Poids

**FONCTIONS SENSORIELLES**

Cécité  OUI  NON

Surdité  OUI  NON

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

OUI  NON

**REEDUCATION**

Kinésithérapie  OUI  NON

Orthophonie  OUI  NON

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			
	Temps			
Orientation	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Ecolostomie		
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 (préciser)		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

**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

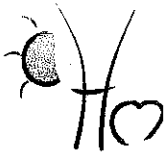




**ANNEXE I**

**LISTE DES JUSTIFICATIFS FOURNIS**

- Une photo d'identité (obligatoire)
- Copie du livret de famille
- R.I.B. (Relevé Identité Bancaire)
- Copie de l'ordonnance de protection juridique (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle)
- Attestations annuelles des Caisses de Retraite
- Attestations rentes et pensions diverses
- Copie de la dernière feuille d'imposition
- Copie de l'attestation de la carte de sécurité sociale
- Copie de la carte mutuelle (recto verso)
- **Apporter la carte vitale et la mutuelle le jour de l'entrée**
- Formulaire "Désignation de la personne de confiance" dûment complété
- Formulaire "Déclaration de biens et de valeurs" dûment complété
- Attestation de souscription à une assurance responsabilité civile (RC) personnelle



**E. H. P. A. D. / U. S. L. D. DU PAYS VERT  
CENTRE HOSPITALIER DE MAURIAC**

**ANNEXE II**

**ENGAGEMENT DE PAYER  
(pour les EHPAD rattachés à un Centre Hospitalier)**

Article L.6145-11 du Code de la Santé Publique

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 du Pays Vert du Centre hospitalier de Mauriac 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 journalier applicables à la date du 1er juin 2017 :

- Tarif journalier d'hébergement **SMTI**  
(Soins Médico Techniques Importants) **51,98 €**
- Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2 **23,96 €**
- Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4 **15,21 €**
- Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6 **6,45 €**

Pour les moins de 60 ans les prix de journée hébergement est fixé à **76,04 €**

● des tarifs journalier applicables à la date du 1er juin 2017 :

- Tarif journalier d'hébergement **EHPAD**  
Chambre individuelle nouveau bâtiment **54,05 €**  
Chambre individuelle ancien bâtiment **51,23 €**
- Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2 **25,90 €**
- Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4 **16,44 €**
- Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6 **6,96 €**

Pour les moins de 60 ans les prix de journée hébergement est fixé à **74,65 €**

- des dispositions de l'article L 61454-11 du Code de la santé publique selon lesquelles «les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, 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 le Centre Hospitalier de Mauriac 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



**E. H. P. A. D. / U. S. L. D. DU PAYS VERT  
CENTRE HOSPITALIER DE MAURIAC**

**ANNEXE III**

**BIENS ET OBJETS PERSONNELS**

Lors de mon admission, j'ai été avisé(e) des possibilités de dépôts.

- J'utilise cette possibilité
- Je n'utilise pas cette possibilité <sup>1</sup>

Objets déposables chez le comptable (Perception de Mauriac) :

- Les sommes d'argent,
- Les objets de valeurs : bijoux, objets précieux, ...

Le retrait des objets peut être effectué par le déposant, son représentant légal, aux heures suivantes :

- Perception de Mauriac

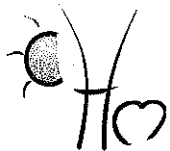
Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 12 h 00 et de 13 h 30 à 16 h 00.

Le résident ou son représentant légal certifie par la signature du présent contrat avoir reçu l'information écrite et orale sur les règles relatives aux biens et objets personnels, en particulier sur la responsabilité de l'Etablissement en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens.

Mauriac, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Le résident ou son représentant,**

<sup>1</sup> Rayer la mention inutile



**ANNEXE IV**

**DECLARATION DE BIENS OU EFFETS DE VALEUR  
LORS DE L'ADMISSION DANS L'ETABLISSEMENT**

Conformément aux dispositions de la loi du 6 juillet 1992, du décret du 27 mars 1993 et de la circulaire interministérielle du 27 mai 1994, nous vous invitons à déposer les sommes d'argent que vous détenez lors de votre admission dans notre établissement. Ce dépôt sera effectué auprès du Comptable de l'hôpital, à la Trésorerie de Mauriac. La liste des biens ou effets déposés sera consignée sur un registre conservé au Bureau des Admissions de l'hôpital et un reçu, attestant de ce dépôt, vous sera remis en échange.

Si vous décidez de conserver avec vous, durant votre séjour, un ou plusieurs objets ou effets susceptibles d'être déposés, **la responsabilité de l'établissement ne pourra être engagée.**

Le retrait des objets ou effets par le déposant, son représentant légal ou toute personne mandatée par lui, s'effectue contre signature d'une décharge.

.....  
*Je soussigné(e)* \_\_\_\_\_

*Admis(e) ou hébergé(e) dans le service E.H.P.A.D / U.S.L.D du Centre Hospitalier de Mauriac, atteste avoir été informé :*

- . des modalités de dépôt des biens et effets dont la nature justifie la détention durant mon séjour dans l'établissement*
- . des principes gouvernant la responsabilité de l'établissement en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont été ou non déposés*

Fait à Mauriac, le .....

Signature du patient  
ou de son représentant légal

Signature du représentant de l'hôpital  
(Nom et Grade)



**ANNEXE V**

**● RESSOURCES MENSUELLES**

---

Organisme :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Montant mensuel :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Payant :

Facture à adresser à :

NOM Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Aide sociale :

Biens immobiliers récupérables sur la

Enfants, Petits enfants :



**E. H. P. A. D. / U. S. L. D. DU PAYS VERT  
CENTRE HOSPITALIER DE MAURIAC**

**ANNEXE VI**

**● DISPOSITIONS EN CAS DE DÉCÈS :**

Contrat obsèques oui  non  (n° du contrat : .....

Adresse des Pompes Funèbres où a été établi le contrat

.....  
.....

Personne à prévenir (gérant de tutelle si sous tutelle) :

.....  
.....

Prévenir à toute heure

Ne pas prévenir la nuit

Dépôt du corps :

Funérarium

Domicile

Transporteur à contacter :

.....

Choix des vêtements pour habiller le corps

.....

Croyances : chapelet, mains jointes,

.....

Cérémonie religieuse : oui

non

Religion : .....

Inhumation

où : (nom de la commune, concession ?).....

Crémation

NOTAIRE : oui

non

Nom et adresse : .....

**● ENFANTS (ou ascendants ou autre famille si pas de filiation)**

NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

Personne à contacter en cas de problème médical, d'hospitalisation ou pour les besoins quotidiens de la personne (gérant de tutelle si sous tutelle) : (Important : bien préciser l'adresse et le numéro de téléphone)

NOM Prénom :

Adresse :

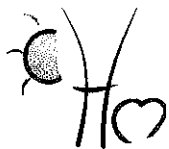
N° de téléphone :

Signature du résident

Signature du demandeur





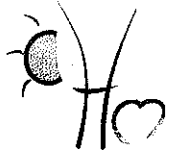


**TROUSSEAU SUGGÉRÉ EHPAD**

NOM prénom :

SOUS VETEMENTS		VETEMENTS	
		Homme	
Conseillé	Réel	Conseillé	Réel
6 maillots de corps 10 slips 6 paires de chaussettes 6 pyjamas 2 robes de chambre 12 mouchoirs		6 polos de préférence (ou chemises) 5 joggings de préférence (ou pantalons) 6 pulls et 2 gilets (entretien facile, pas de pure laine) 1 parka (si sorties extérieur) 1 écharpe 1 casquette 1 chapeau, 1 ceinture 1 paire de bretelles 1 paire de chaussures extérieures favorisant l'équilibre et la marche ( <b>sans talon, pied maintenu par derrière et sur les côtés</b> ) 2 paires de chaussons été 2 paires de chaussons hiver	
		Femme	
Conseillé	Réel	Conseillé	Réel
6 chemises de corps 6 combinaisons 3 soutien-gorge si besoin 6 paires de chaussettes 6 paires de bas ou collants 10 culottes 6 chemises de nuit 2 robes de chambre 1 pèlerine 12 mouchoirs		6 robes chasuble de préférence 6 joggings ou pantalons élastiqués à la taille 6 pulls et 2 gilets (entretien facile, pas de pure laine) 1 manteau 1 foulard 1 paire de chaussures extérieures favorisant l'équilibre et la marche ( <b>sans talon, pied maintenu par derrière et sur les côtés</b> ) 2 paires de chaussons été 2 paires de chaussons hiver	
Nécessaire de toilette à l'entrée			Réel
Peigne Brosse à cheveu Miroir Barrettes si cheveux longs Ciseaux et lime à ongles Brosse à dents souple 15/100èmes (type INAVA en pharmacie) Boîte à dentier, petite cuvette et brosse à ongles si dentier Rasoir électrique ou manuel (suivant les habitudes) Trousse de toilette			
Prévoir au moins pour 3 mois			Réel
Shampooing Savon de préférence liquide Eau de Cologne ou de toilette Dentifrice Colle à dentier et pastilles de désinfection si dentier Produits de maquillage Soins de corps selon habitudes Mousse à raser et après rasage			
Divers			
1 petite valise ou un petit sac en cas d'hospitalisation			

**Si vous souhaitez que l'établissement entretienne le linge du résident, il est nécessaire de le marquer avec des étiquettes tissées et de nous le préciser. Tout nouvel apport sera signalé à l'équipe et marqué. Ces vêtements devront être compatibles avec le lavage en machine.**



**E. H. P. A. D. / U. S. L. D. DU PAYS VERT  
CENTRE HOSPITALIER DE MAURIAC**

**TARIF E.H.P.A.D - ANNEE 2017**

## CONSEIL DEPARTEMENTAL DU CANTAL

POLE SOLIDARITE  
DEPARTEMENTALE

---

### ARRETE

- portant autorisation budgétaire et fixant les tarifs journaliers hébergement et dépendance applicables à l'EHPAD du centre hospitalier de MAURIAC à compter du 1<sup>er</sup> juin 2017
- fixant le montant du forfait global dépendance pour l'année 2017 et le montant des acomptes mensuels

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,

VU le code de l'action sociale et des familles, et en particulier :

- les articles R 314-1 à R 314-58 relatifs aux dispositions financières applicables aux établissements et services soumis à autorisation ;
- les articles R 351-1 à R 351-41 relatifs au contentieux de la tarification sanitaire et sociale ;

VU la loi n° 82 – 213 du 2 mars 1982, modifiée, relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

VU la convention relative aux modalités de paiement de l'APA dans les établissements accueillant des personnes âgées, conclue le 18 mars 2002 entre le Président du Conseil départemental et l'EHPAD du centre hospitalier de MAURIAC ;

VU la convention tripartite signée le 3 décembre 2014 ;

VU la transmission du 31 octobre 2016 des propositions budgétaires de l'EHPAD du centre hospitalier de MAURIAC pour l'exercice 2017 ;

VU les propositions de modifications budgétaires transmises par courrier du Pôle Solidarité Départementale du Cantal le 15 mai 2017 ;

VU les réponses de l'établissement transmises le 26 mai 2017 ;

VU le rapport relatif à la décision d'autorisation budgétaire et de tarification transmis par courrier du Pôle Solidarité Départementale du Cantal le 30 mai 2017 ;

SUR proposition du Directeur Général des services du Département ;

## ARRETE

**ARTICLE 1<sup>ER</sup>** : Pour l'exercice budgétaire 2017, les dépenses et les recettes prévisionnelles de l'EHPAD du centre hospitalier de MAURIAC sont autorisées comme suit :

**Section tarifaire Hébergement :**

Le montant global des dépenses de la section hébergement s'élève à : **1 455 676,32 €**

Le montant global des recettes de la section hébergement s'élève à : **1 455 676,32 €**

**Section tarifaire Dépendance :**

Le montant global des dépenses de la section dépendance s'élève à : **522 775,44 €**

Le montant global des recettes de la section dépendance s'élève à : **522 775,44 €**

**ARTICLE 2** : Les tarifs journaliers applicables à compter du 1<sup>er</sup> juin 2017 à l'EHPAD du centre hospitalier de MAURIAC sont fixés ainsi qu'il suit :

**Hébergement :**

- Chambre Individuelle **54,05 €**
- Chambre individuelle bûtin **51,23 €**

**Dépendance :**

- GIR 1 et GIR 2 : **25,90 €**
- GIR 3 et GIR 4 : **16,44 €**
- GIR 5 et GIR 6 : **6,96 €**

**ARTICLE 3** : En application de l'article R 314 – 189 du code de l'action sociale et des familles, le prix de journée Hébergement des résidents de moins de 60 ans est fixé à : **74,65 €**.

**ARTICLE 4** : Le montant du forfait global dépendance est fixé à **339 132,84 €** au titre de l'année 2017 et le montant des acomptes mensuels est égal à **28 261,07 €**.

**ARTICLE 5** : Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Lyon dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié, ou de sa publication pour les autres personnes.

**ARTICLE 6** : Le Directeur général des services du Département, le Directeur du Pôle Solidarité Départementale, le Président du conseil d'administration et la Directrice du centre hospitalier de MAURIAC sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil administratif du Département.

AURILLAC, le 31 mai 2017

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

  
Vincent DESCOEUR

Date de publication : **21 JUIN 2017**



**E. H. P. A. D. / U. S. L. D. DU PAYS VERT  
CENTRE HOSPITALIER DE MAURIAC**

**TARIF S.M.T.I. - ANNEE 2017**

## CONSEIL DEPARTEMENTAL DU CANTAL

POLE SOLIDARITE  
DEPARTEMENTALE

---

### ARRETE

- portant autorisation budgétaire et fixant les tarifs journaliers hébergement et dépendance applicables à l'unité de soins de longue durée du centre hospitalier de MAURIAC à compter du 1<sup>er</sup> juin 2017
- fixant le montant du forfait global dépendance pour l'année 2017 et le montant des acomptes mensuels

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,

VU le code de l'action sociale et des familles, et en particulier :

- les articles R 314-1 à R 314-58 relatifs aux dispositions financières applicables aux établissements et services soumis à autorisation ;
- les articles R 351-1 à R 351-41 relatifs au contentieux de la tarification sanitaire et sociale ;

VU la loi n° 82 - 213 du 2 mars 1982, modifiée, relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

VU la convention relative aux modalités de paiement de l'APA dans les établissements accueillant des personnes âgées, conclue le 18 mars 2002 entre le Président du Conseil départemental et l'unité de soins de longue durée du centre hospitalier de MAURIAC assurant des soins médico-techniques importants (SMTI) ;

VU la convention tripartite signée le 3 décembre 2014 ;

VU la transmission du 31 octobre 2016 des propositions budgétaires de l'unité de soins de longue durée du centre hospitalier de MAURIAC assurant des soins médico-techniques importants (SMTI) pour l'exercice 2017 ;

VU les propositions de modifications budgétaires transmises par courrier du Pôle Solidarité Départementale du Cantal le 15 mai 2017 ;

VU les réponses de l'établissement transmises le 26 mai 2017 ;

VU le rapport relatif à la décision d'autorisation budgétaire et de tarification transmis par courrier du Pôle Solidarité Départementale du Cantal le 30 mai 2017 ;

SUR proposition du Directeur Général des services du Département ;

## ARRETE

**ARTICLE 1<sup>ER</sup>** : Pour l'exercice budgétaire 2017, les dépenses et les recettes prévisionnelles de l'unité de soins de longue durée du centre hospitalier de MAURIAC assurant des soins médico-techniques importants (SMTI) sont autorisées comme suit :

**Section tarifaire Hébergement :**

Le montant global des dépenses de la section hébergement s'élève à : **583 917,06 €**

Le montant global des recettes de la section hébergement s'élève à : **583 917,06 €**

**Section tarifaire Dépendance :**

Le montant global des dépenses de la section dépendance s'élève à : **247 412,32 €**

Le montant global des recettes de la section dépendance s'élève à : **247 412,32 €**

**ARTICLE 2** : Les tarifs journaliers applicables à compter du 1<sup>er</sup> juin 2017 à l'unité de soins de longue durée du centre hospitalier de MAURIAC assurant des soins médico-techniques importants (SMTI) sont fixés ainsi qu'il suit :

**Hébergement : 51,98 €**

**Dépendance :**

- GIR 1 et GIR 2 : **23,96 €**
- GIR 3 et GIR 4 : **15,21 €**
- GIR 5 et GIR 6 : **6,45 €**

**ARTICLE 3** : En application de l'article R 314 – 189 du code de l'action sociale et des familles, le prix de journée Hébergement des résidents de moins de 60 ans est fixé à : **76,04 €**.

**ARTICLE 4** : Le montant du forfait global dépendance est fixé à **154 481,88 €** au titre de l'année 2017 et le montant des acomptes mensuels est égal à **12 873,49 €**.

**ARTICLE 5** : Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Lyon dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié, ou de sa publication pour les autres personnes.

**ARTICLE 6** : Le Directeur général des services du Département, le Directeur du Pôle Solidarité Départementale, le Président du conseil d'administration et la Directrice du centre hospitalier de MAURIAC assurant des soins médico-techniques importants (SMTI) sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil administratif du Département.

AURILLAC, le 31 mai 2017

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

  
Vincent DESCOEUR

Date de publication : **2.1 JUIN 2017**



# CENTRE HOSPITALIER MAURIAC

E. H. P. A. D. / U. S. L. D.

Avenue Fernand Talandier 15200 MAURIAC

☎ 04.71.67.33.33 ☎ 04.71.67.48.73 Email : [secretariat.usld@ch-mauriac.fr](mailto:secretariat.usld@ch-mauriac.fr)

## DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des animations de l'U.S.L.D./E.H.P.A.D du Centre Hospitalier de Mauriac, les résidents peuvent être photographiés.

Les photos seront affichées dans les salles à manger de l' U.S.L.D. et dans les divers lieux de rencontre.

La diffusion de ces photos ne peut avoir lieu qu'avec l'agrément de la personne photographiée. Par conséquent vous voudrez bien compléter le formulaire ci-dessous nous autorisant à prendre des photos et à les diffuser en interne.

Madame, Monsieur, .....

Autorise le Centre Hospitalier de Mauriac à :

- prendre des photos
- diffuser cette image

Mauriac, le .....

Signature du Résident ou de son représentant,





# CENTRE HOSPITALIER MAURIAC

E. H. P. A. D. / U. S. L. D.

Avenue Fernand Talandier 15200 MAURIAC

☎ 04.71.67.33.33 ☎ 04.71.67.48.73 Email : [secretariat.usld@ch-mauriac.fr](mailto:secretariat.usld@ch-mauriac.fr)

Secrétariat EHPAD

Secrétariat

Mme M. FORETNEGRE

TÉL. 04.71.67.48.66

Poste : 1057

Le Directeur  
Centre Hospitalier de Mauriac

A

Mesdames, Messieurs,

Le service animation organise des sorties auxquelles votre parent est invité.

Si vous souhaitez être prévenu de chaque sortie, veuillez compléter le coupon réponse ci-dessous et le retourner au :

Secrétariat de l'E.H.P.A.D.  
Centre Hospitalier  
Avenue Fernand Talandier  
15200 MAURIAC

A défaut de réponse, nous considérerons que vous ne souhaitez pas que votre proche participe aux sorties organisées.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur,

✕

.....  
COUPON REPONSE A RETOURNER A L'ADRESSE CI-DESSUS

Mme, Mr.....(lien de parenté).....

est favorable

n' est pas favorable

aux sorties organisées pour Mr, Mme.....Chambre N°.....