

DOCUMENTS A PRODUIRE LORS D'UNE DEMANDE D'ADMISSION EN RESIDENCE  
ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)  
OU UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE (USLD)

Si vous êtes demandeur d'une entrée en résidence le plus tôt possible, **tous les documents listés sont nécessaires**. Il vous sera demandé d'actualiser ces informations, si besoin, au moment de l'entrée en résidence.

- Dossier de demande d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (document CERFA national n°14732\*03, dûment complété) accessible sur le [site internet du CH de Cornouaille](#). Le signataire doit impérativement préciser son lien avec la personne concernée par l'entrée en résidence (membre de la famille, travailleur social...).
- Eventuelle dérogation d'âge (résidents de moins de 60 ans).
- Photocopie de la notification de décision, en cas de mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, mandat spécial).
- Liste nominative des obligés alimentaires ou personnes à contacter (document joint).
- Copie du (ou des) livret(s) de famille **complet**
- Pièce d'identité de la personne concernée par la demande.
- Justificatifs des pensions, allocation logement, aide personnalisée à l'autonomie (APA).
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition.
- Relevé des ressources et charges mensuelles (document joint).
- Engagement de payer : **un document à remplir par obligé alimentaire** (document joint).
- Aide à domicile et inscription (document joint).
- Informations bancaires (document joint).

Pour information : le règlement de l'hébergement s'effectuera à terme à échoir

Ces différents documents doivent être regroupés et adressés :

**Pour les résidences de Concarneau** : Mme Nathalie VARNEDE - Bureau des admissions Résidence Les Embruns,  
61 rue de Trégunc - 29187 CONCARNEAU CEDEX  
Tél : 02 90 94 43 77 – [nathalie.varnede@ch-cornouaille.fr](mailto:nathalie.varnede@ch-cornouaille.fr)

**Pour les résidences de Quimper** : Mme Katell HAMON - Bureau des admissions de la résidence de Ti Glazig,  
1 avenue des sports à Quimper – 29000 QUIMPER  
Tél : 02 90 26 45 88 – [katell.hamon@ch-cornouaille.fr](mailto:katell.hamon@ch-cornouaille.fr)

▲ Les dépôts de dossiers en main propre se font **uniquement sur rendez-vous**. (Merci de contacter le secrétariat)

## LOGEMENT DU FUTUR RESIDENT

La personne concernée est- elle :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Locataire                    | <input type="checkbox"/> Droit d'usage et d'habitation |
| <input type="checkbox"/> Propriétaire de son logement | <input type="checkbox"/> Hébergé à titre gratuit       |
| <input type="checkbox"/> Usufruitier(e)               | <input type="checkbox"/> Autres (précisez)             |

## AIDES MISES EN PLACE A DOMICILE

Quelles sont les aides éventuelles mises en place à domicile ?

*(Préciser temps, jours, durée)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aide-ménagère    | <input type="checkbox"/> Kiné              |
| <input type="checkbox"/> Portage de repas | <input type="checkbox"/> Télé alarme       |
| <input type="checkbox"/> Infirmière       | <input type="checkbox"/> Autres (précisez) |

## DEMANDES D'ADMISSION EN EHPAD

Avez-vous déposé des demandes dans d'autres établissements ?

Dans l'affirmatif, lesquels ?

Avez-vous souscrit à un contrat obsèques :  OUI  NON

Si OUI, auprès de quel organisme de Pompes Funèbres ? *(Fournir une copie du contrat)*

.....  
.....

.....

**RELEVÉ DES RESSOURCES ET CHARGES MENSUELLES**

Dès le stade de la demande d'admission, l'établissement doit vous aider à anticiper d'éventuelles difficultés pour assumer financièrement les futurs frais de séjour et le cas échéant évaluer votre droit à l'aide sociale (**Dossier à constituer auprès du CCAS dès l'entrée en résidence**). Nous vous remercions donc par avance de compléter ce budget mensuel indicatif.

RESSOURCES MENSUELLES	MONTANT	AIDES	MONTANT
Pensions de retraite (Personnelle et Réversion)		RSA (Revenu de Solidarité Active)	
Pension invalidité / Rente AT		ASPA (Alloc. Solidarité aux P. Agées)	
Indemnités journalières		AAH (Allocation Adulte Handicapé)	
Allocation chômage		ACTP / PCH (Prest. Compensation Handicap)	
Revenus des placements		APA (Allocation Personnalisée d'autonomie)	
Revenus locatifs		Assurance Dépendance	
Autres (à préciser)		Allocation Logement	
<b>TOTAL</b>			

CHARGES MENSUELLES	MONTANT	ARRIÈRES
Loyer (charges comprises)		
EDF / GDF		
Eau		
Téléphone		
Assurance R. Civile		
Assurance Habitation		
Impôt sur le revenu		
Taxes Foncières		
Taxes Habitation		
<b>Cotisations Mutuelle (Si l'A. Sociale est sollicitée, le CG n'accorde qu'une PEC &lt; ou = 80 €)</b> <i>Vérifier et Adapter les garanties à l'entrée en EHPAD</i>		
Frais de tutelle		
Pension alimentaire à verser		
<b>TOTAL</b>		

**Crédits ou Prêts (y compris d'organismes sociaux : CAF, FSL, ...)**

Nature et objet	Somme empruntée	Montant mensualité	Date de début remboursement	Date de fin remboursement	Solde
<b>TOTAL</b>					

**A RENSEIGNER IMPERATIVEMENT**

Un dossier de surendettement a-t-il été déposé à la Banque de France	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser la date et transmettre le <b>plan conventionnel</b>		

Fait à \_\_\_\_\_, le  
Signature obligatoire

## LISTE DES PERSONNES À CONTACTER

<b>ETAT CIVIL</b>	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom <i>(suivi du nom d'époux(se) s'il y a lieu)</i>	.....
Prénoms	.....
Date & lieu de naissance	.....

### OBLIGES ALIMENTAIRES (Ascendants – Descendants)

Nom	Prénom	Parenté	Adresse	Téléphones
.....	.....	.....	..... .....	☎ ..... ☎ .....
.....	.....	.....	..... .....	☎ ..... ☎ .....
.....	.....	.....	..... .....	☎ ..... ☎ .....
.....	.....	.....	..... .....	☎ ..... ☎ .....
.....	.....	.....	..... .....	☎ ..... ☎ .....

### EN L'ABSENCE D'OBLIGES ALIMENTAIRES

.....	.....	.....	..... .....	☎ ..... ☎ .....
.....	.....	.....	..... .....	☎ ..... ☎ .....
.....	.....	.....	..... .....	☎ ..... ☎ .....

**ENGAGEMENT DE PAYER**  
**DANS LE CADRE DE L'OBLIGATION ALIMENTAIRE**  
(Pour les EHPAD rattachés à un Centre Hospitalier)

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

**1 document à remplir par obligé alimentaire**

Je soussigné(e)

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

M'engage à régler les frais de séjour de :

Moi-même

M. Mme ..... Prénom .....

Lien de parenté .....

A compter de mon / (1) son entrée au sein de l'une des résidences du Centre hospitalier de Cornouaille 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 journaliers applicables à la date du **1<sup>er</sup> janvier 2024** :

	EHPAD		USLD	
	Chambre seule	Chambre double	Chambre seule	Chambre double
Prix de journée hébergement (1)	59.23 €	55.08 €	59.52 €	55.35 €
Dépendance GIR 1 & 2 (2)	21.71 €	21.71 €	25.02 €	25.02 €
Tarif journalier "Hébergement et dépendance" GIR 1 & 2 (1)+(2)	80.94 €	76.79 €	84.54 €	80.37 €
Dépendance GIR 3 & 4 (3)	13.78 €	13.78 €	15.88 €	15.88 €
Tarif journalier "Hébergement et dépendance" GIR 3 & 4 (1)+(3)	73.01 €	68.86 €	75.40 €	71.23 €
Dépendance GIR 5 & 6 (4)	5.84 €	5.84 €	6.74 €	6.74 €
Tarif journalier "Hébergement et dépendance" GIR 5 & 6 (1)+(4)	65.07 €	60.92 €	66.26 €	62.09 €

Le tarif hébergement 2023 pour les personnes de moins de 60 ans est de 77.20 €.

Le tarif hébergement 2023 pour les personnes de moins de 60 ans est de 81.42 € en USLD.

- Des dispositions de l'article L 6145-11 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 CH de Cornouaille devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal de Grande Instance de Quimper.

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 obligatoire de l'obligé alimentaire

(1) Si le soussigné n'est pas le malade ou le résident

## INFORMATIONS BANCAIRES

Procuration bancaire	
Existe-t-il une procuration bancaire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Quelle est l'étendue de la procuration ?	<input type="checkbox"/> Limitée au compte courant <input type="checkbox"/> Générale
Dans l'affirmatif, indiquer les coordonnées du mandataire :	
NOM Prénom :	Lien de Parenté :
<b>Comment seront financés les frais de séjour par le ou (la) futur(e) résident(e) ?</b>	
<input type="checkbox"/> Seul (e) avec ses revenus <input type="checkbox"/> Seul(e) + économies ( <i>Pour quelle durée environ ?</i> ) <input type="checkbox"/> Seul (e) avec ses revenus et/ou économies + enfants <input type="checkbox"/> Demande d'aide sociale à l'entrée	
Relevés des capitaux placés (imposables ou non)	
ORIGINE	MONTANT DU CAPITAL à la date du :
Livret (s) d'épargne	
Livret (s) développement durable (LDD)	
Livret d'épargne populaire (LEP)	
Compte ou Plan d'Épargne Logement (CEL/PEL)	
Épargne Assurance Vie ( <i>vérifier si le déblocage est possible</i> )	
Autres (à préciser)  .....	