



# DOSSIER D'ADMISSION



## Sommaire

- 1 Liste des pièces à fournir
- 2 Renseignements administratifs
- 3 Détail des ressources
- 4 Liste des OA
- 5 Engagement à payer
- 6 Engagement de reversement de ressources
- 7 Tableau de reversement des ressources
- 8 Dossier médical
- 9 Tarifs

Avenue de Lavoisier -CS20184 - 84104 ORANGE CEDEX  
☎ 04.90.11.23.72



Avenue de Lavoisier – CS20184-84104 ORANGE cedex  
☎ 04.90.11.22.22 - fax : 04.90.34.18.74

## U.S.L.D. – E.H.P.A.D.

Pour toute constitution de dossier, veuillez contacter : Mme TOURNADRE

☎ 04.90.11.23.24 📠 04.90.11.22.51

En cas d'absence, consulter l'Assistante Sociale.

### LISTE DES PIÈCES À FOURNIR ADMISSION EN U.S.L.D. – E.H.P.A.D.

- *LIVRET DE FAMILLE*
- *ATTESTATION D'ASSURE SOCIAL (attestation papier)*
- *CARTE D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE*
- *DERNIER AVIS D'IMPOSITION ou DE NON IMPOSITION  
et DECLARATION DE REVENUS*
- *ATTESTATIONS FISCALES DES CAISSES DE RETRAITE  
et/ou*
- *JUSTIFICATIFS DES PENSIONS DE RETRAITE (principales et  
complémentaires ) RESIDENT et CONJOINT*
- *RELEVES DES COMPTES BANCAIRES ( 3 derniers mois)*
- *ACTES NOTARIES (propriété, donation, vente...)*
- *JUGEMENT DE TUTELLE ( si mise sous tutelle)*
- *ENGAGEMENT A PAYER ( à remplir et à signer)*
- *ENGAGEMENT A REVERSER LES RESSOURCES et  
TABLEAU DE REVERSEMENT DES RESSOURCES (à remplir et à signer en  
cas de demande d'aide sociale, tableau à compléter tous les mois après  
l'admission)*
- *APRES ACCORD POUR ADMISSION, CHEQUE DE CAUTION DE 1525  
EUROS (chèque encaissé à l'entrée)*
- *DECISION APA (si déjà dossier APA à domicile)*
- *RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE (pour dossier CAF)*
- *NOM ADRESSE TELEPHONE DES ENFANTS (Obligés alimentaires)*
- *ATTESTATION CAF ET DATE DE MISE EN RETRAITE (si dossier CAF)*
- *CONTRATS DECES- OBSEQUES*

**U.S.L.D - E.H.P.A.D**  
**LOU CAGNAN**



**ORIGINE DES RESSOURCES**

**RETRAITE PRINCIPALE DE L'INTERESSE**

Montant (mois)

Caisse(s) ..... Numéro .....  
.....

**RETRAITES COMPLEMENTAIRES**

Montant (mois)

Caisse(s) ..... Numéro .....  
.....  
.....

**RETRAITE PRINCIPALE DU CONJOINT**

Montant (mois)

Caisse(s) ..... Numéro .....  
.....

**RETRAITES COMPLEMENTAIRES DU CONJOINT**

Montant (mois)

Caisse(s) ..... Numéro .....  
.....  
.....

**AUTRES RESSOURCES**

Montant (mois)

- \* Pension d'invalidité .....
- \* Pension d'invalidé de guerre .....
- \* Pension de veuve de guerre .....
- \* Allocation compensatrice pour tierce personne .....
- \* Majoration pour tierce personne .....
- \* Allocation adulte handicapé .....
- \* Revenus fonciers .....
- \* Rentes viagères .....
- \* Rente accident du travail .....
- \* Pension alimentaire .....

**Montant total (mois)**

.....



**U.S.L.D - E.H.P.A.D**  
**LOU CAGNAN**

~~~~~  
**COORDONNEES DES ENFANTS**  
*(Obligés Alimentaires)*

NOM : .....Prénom : .....Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : .....Tél. portable ou professionnel : .....

NOM : .....Prénom : .....Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : .....Tél. portable ou professionnel : .....

NOM : .....Prénom : .....Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : .....Tél. portable ou professionnel : .....

NOM : .....Prénom : .....Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : .....Tél. portable ou professionnel : .....

NOM : .....Prénom : .....Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : .....Tél. portable ou professionnel : .....

NOM : .....Prénom : .....Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Tél. domicile : .....Tél. portable ou professionnel : .....



## ENGAGEMENT DE PAYER

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/son(1) entrée à l'USLD-EHPAD du centre hospitalier d'Orange le ...../...../..... ainsi que des autres frais éventuels à ma/sa(1) charge (frais divers : pédicure, coiffeur....) et tarifs des prestations annexes.

Je reconnais avoir été informé(e)

▪ Des tarifs journaliers applicables à la date du ...../...../..... :

Tarif journalier d'hébergement ..... €

Tarif journalier dépendance résident du Vaucluse ..... €

Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2 ..... €

Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4 ..... €

Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6 ..... €

▪ 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 d'Orange devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal de Grande Instance de Carpentras.

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.



## ENGAGEMENT A REVERSER LES RESSOURCES EN CAS DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Je soussigné(e)

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

- m'engage à reverser, tous les mois, dans l'attente de la notification d'aide sociale, 90% des ressources, ainsi que l'intégralité de l'allocation logement, au trésor public d'Orange

- m'engage, en cas de refus de prise en charge de l'aide sociale, à payer les frais de séjour de :

Moi-même

(1) M. Mme Mlle ..... Prénom .....

Lien de parenté .....

A compter de mon/son(1) entrée à l'USLD-EHPAD du centre hospitalier d'Orange le ...../...../.....

Je reconnais avoir été informé(e)

▪ Des tarifs journaliers applicables à la date du ...../...../..... :

Tarif journalier d'hébergement ..... €

Tarif journalier dépendance résident du Vaucluse ..... €

Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2 ..... €

Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4 ..... €

Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6 ..... €

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

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

**U.S.L.D - E.H.P.A.D**  
**LOU CAGNAN**

Nom et prénom de l'hébergé(e) : \_\_\_\_\_

RECUPERATION DES RESSOURCES du mois de \_\_\_\_\_

*A faire à chaque fin de mois*

A partir du jour où l'AIDE SOCIALE est DEMANDEE

| Noms des caisses                                   | Montant perçu |
|----------------------------------------------------|---------------|
|                                                    |               |
|                                                    |               |
|                                                    |               |
|                                                    |               |
|                                                    |               |
|                                                    |               |
|                                                    |               |
|                                                    |               |
|                                                    |               |
| <b><u>Sous-total</u></b>                           |               |
| 10 % (ou minimum légal 10/2014= 96 €)<br>A déduire |               |
| <b><u>Allocation logement</u></b><br>A rajouter    |               |
| <b><u>TOTAL A REVERSER</u></b>                     |               |

APA (si versé par département autre que le Vaucluse) à reverser : \_\_\_\_\_ €

*Si possible, faire des chèques distincts pour le Total à reverser et pour l'APA.*

**Dans l'éventualité où la demande de prise en charge par l'aide sociale serait refusée, les montants versés seront déduits des titres (factures) émis par l'établissement d'hébergement.**

DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES

CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES

TRESORERIE D'ORANGE

307 Avenue de l'Arc de Triomphe  
BP 30183  
84106 ORANGE Cédex  
Téléphone : 04 90 34 15 39  
Courriel : [1084031@dgfip.finances.gouv.fr](mailto:1084031@dgfip.finances.gouv.fr)

## NOTE A L'ATTENTION DES PERSONNES BENEFICIAIRE

### DE L'AIDE SOCIALE

Vous-même, ou un membre de votre famille, bénéficiez d'une prise en charge par l'Aide Sociale des frais d'hébergement dans un établissement dépendant de la Trésorerie d'Orange.

La notification du Conseil Général du Département dont vous dépendez indique qu'en contrepartie de cette aide vous devez reverser, selon le cas :

- Personnes âgées : 90 % de vos ressources (10 %, ou le minimum légal, vous revenant au titre de l'argent de poche).
- Adultes handicapés : vos ressources, après déduction d'une somme égale à 30% de l'allocation adulte handicapé.

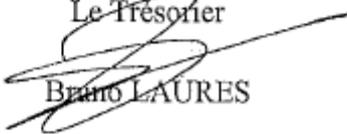
**TRES IMPORTANT** : Dans le cas où vous ne faites l'objet d'aucune mesure de tutelle, et dans l'attente que l'intégralité de vos retraites, pensions et APL soit versée directement à la Trésorerie par les différentes caisses, il vous incombe de reverser vos ressources chaque mois.

A cet effet, un modèle de tableau détaillé vous sera remis par l'établissement d'hébergement. Ce document, complété par vos soins, sera déposé auprès de cet établissement à l'appui de la copie des relevés bancaires et du chèque correspondant au plus tard le 15 du mois suivant.

Les éléments remis seront vérifiés par l'établissement et transmis, sous huitaine, à la Trésorerie.

Si cette procédure n'est pas respectée, il est du devoir de l'établissement ou du comptable, d'en aviser les services du Conseil Général concerné dans les 3 mois suivant la date de notification.

Le Trésorier



BRUNO LAURES