

EHPAD « LA VENISE CHAMPENOISE »

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

USLD

Unité de Soins de Longue Durée

DOCUMENTS A COMPLETER AVANT L'ADMISSION

Nom et Prénom du résident :



Admission/facturation EHPAD / USLD : Bâtiment « La Venise Champenoise », rez-de-chaussée

51 Rue du Commandant Derrien 51000 Châlons En Champagne

Tel 03 26 63 23 38 Fax 03 26 69 60 94

Email : hebergement@ch-chalonsenchampagne.fr

MODALITES DE CONSTITUTION DES DOSSIERS D'ADMISSION EHPAD / USLD DU CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS EN CHAMPAGNE

Vous ou un de vos proches est hospitalisé : L'assistante sociale du service d'hospitalisation se tient à votre disposition pour vous accompagner dans l'ouverture du dossier d'admission.

Vous ou un de vos proches n'est pas hospitalisé : Le service admission/facturation du pôle médico-social, situé au rez-de-chaussée de l'EHPAD « La Venise Champenoise », entrée chemin de Bouy, se tient à votre disposition :

- ✓ **DU LUNDI AU VENDREDI, sur RENDEZ-VOUS de 9h00 à 16h30**

Vous pouvez contacter ce service au 03 26 63 23 38 ou par mail :

hebergement@ch-chalonsenchampagne.fr

1 - Constitution du dossier par VIA TRAJECTOIRE :

La demande d'admission en EHPAD / USLD s'effectue en deux volets :

- la partie administrative pour laquelle vous devez fournir **obligatoirement en photocopies** :

- * toutes les pages du livret de famille **et** de la carte d'identité
- * photocopie de la carte vitale
- * la carte mutuelle en cours de validité
- * le dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus, **recto verso**
- * le ou les dernier(s) avis d'impôts sur le ou les taxe(s) foncière(s), **recto verso**
- * le ou les derniers relevés de situation des Assurances Vie
- * la photocopie des relevés bancaires des 3 derniers mois
- * l'attestation assurance responsabilité civile

Pour les bénéficiaires :

- * de l'allocation logement (CAF /APL), fournir un justificatif avec le numéro d'allocataire
- * de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), fournir la copie de la décision d'attribution
- * d'une mesure de protection, fournir la copie du jugement
- * d'un contrat obsèques, fournir la copie du contrat
- * d'une carte d'invalidité, fournir la copie de la carte
- * de la carte d'ancien combattant, fournir la copie de la carte.

- la partie médicale complétée par le médecin du secteur d'hospitalisation ou le médecin traitant

2 – Prendre rendez-vous avec le service admission/facturation du pôle médico-social.

Seul le présent dossier dûment rempli et complet permettra une inscription sur liste d'attente au sein de l'EHPAD/USLD.

LE JOUR DE L'ENTREE, IL FAUT OBLIGATOIREMENT APPORTER :

- Un dépôt de garantie d'une somme équivalente à 31 jours de frais de séjour
- La carte vitale et la carte mutuelle

Le contrat de séjour rempli, paraphé et signé LORS DU RENDEZ-VOUS POUR FINALISER VOTRE DOSSIER ADMINISTRATIF (rendez-vous soit le jour de l'entrée soit dans les 3 jours suivant votre admission).

ANNEXE N ° 1 - FICHE d'ADMISSION (A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

REPLIE PAR

Nom et prénom :

Réfèrent familial Travailleur social Mandataire judiciaire Autre, précisez

Nom et Prénom de la personne concernée par la demande :

Date de naissance : Situation familiale :

Si hospitalisation, précisez le service : Date d'entrée :

MOTIF SUCCINCT DE LA DEMANDE

.....
.....

REVENUS ANNUELS DECLARES	MONSIEUR	MADAME	TOTAL
AVIS D'IMPOSITION année N-1:			
TAXE(S) FONCIERE(S) année N-1:			
ECONOMIES de moins de 3 mois (livret d'épargne, titre, action...)			
ASSURANCES VIE			

PERSONNE AYANT PROCURATION SUR LES COMPTES :

DEMANDE D'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

NON, ADRESSE DE FACTURATION MENSUELLE : Au résident : OUI NON

Ou adresse de facturation : M, Mme

OUI, à envisager

MESURE DE PROTECTION : La personne est-elle sous un régime de protection juridique

NON

OUI Sauvegarde de justice Curatelle Simple Curatelle Renforcée Tutelle

Nom du mandataire :

EN COURS Précisez :

Date de dépôt du dossier complet au Tribunal : Identité du demandeur :

ALLOCATION LOGEMENT (A.L. / A.P.L.)

NON **OUI** - N° allocataire :

A demander à l'entrée

ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE (A.P.A.)

NON **OUI** - N° Classothèque :

A demander à l'entrée

ANNEXE N° 2-a

**Formulaire de désignation de la personne de confiance
mentionnée à l'article L. 311-5-1
du code de l'action sociale et des familles**

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Désigne

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe professionnel / portable : _____

E-mail : _____

comme personne de confiance en application de l'[article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles](#).

Fait à _____, le _____

Signature

Co-signature de la personne de confiance

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#), selon les modalités précisées par le même code : oui non

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'[article L. 1111-11 du code de la santé publique](#), si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à _____, le _____

Signature

Co-signature de la personne de confiance

ANNEXE N° 2-b

**Attestation à conserver par l'établissement
relative à l'information sur la personne de confiance**

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : NADIER Odile _____

Fonction : ADJOINT AU DIRECTEUR _____

atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Attestation signée à _____, le _____

Signature du Directeur
ou de son représentant

Co-signature de la personne accueillie

ANNEXE E

Notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance (Article D. 311-0-4 du code de l'action sociale et des familles)

La notice d'information comprend :

- Des explications concernant le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'[article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles](#) ;
- Cinq annexes :
 - annexe 1 : Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#) ;
 - annexe 2 : Formulaire de désignation de la personne de confiance ;
 - annexe 3 : Formulaire de révocation de la personne de confiance ;
 - annexe 4 : Formulaires à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul (e) le formulaire de désignation ou de révocation de la personne de confiance
 - annexe 5 : Un modèle d'attestation de délivrance de l'information sur la personne de confiance.

Le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance

La loi donne le droit à toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social¹ de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

1. Quel est son rôle ?

La personne de confiance a plusieurs missions :

- **Accompagnement et présence :**

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Être présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher votre consentement à être accueillie dans l'établissement d'hébergement (en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui et, chaque fois que nécessaire, du médecin coordonnateur si la structure d'accueil est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Elle sera la seule personne de votre entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien.

¹

Etablissement ou service social ou médico-social mentionné au [I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles](#), lorsqu'il prend en charge des personnes majeures.

- Vous accompagner dans vos démarches liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.
 - Assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.
- **Aide pour la compréhension de vos droits :**

Votre personne de confiance sera consultée par l'établissement ou le service qui vous prend en charge au cas où vous rencontriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits.

Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions.

Par ailleurs, lors de la désignation de la personne de confiance du [code de l'action sociale et des familles](#) (dans le cadre de votre prise en charge sociale ou médico-sociale), si vous souhaitez que cette personne exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée à l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#) (concernant les usagers du système de santé, par exemple, en cas d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie ...), vous devrez l'indiquer expressément dans le formulaire de désignation figurant en annexe 2.

Les missions de cette personne de confiance sont rappelées dans l'annexe 1.

La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations qui vous concernent.

2. Qui peut la désigner ?

Cette faculté est ouverte à toute personne majeure prise en charge par une structure sociale ou médico-sociale.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice lorsqu'un mandataire spécial a été désigné, tutelle, curatelle) pour les actes relatifs à la personne, la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles.

3. Qui peut être la personne de confiance ?

Vous pouvez désigner comme personne de confiance toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant.

Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer de sa portée.

La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation figurant en annexe 2. Il convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

4. Quand la désigner ?

Vous pouvez la désigner lorsque vous le souhaitez.

Lors du début d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, qu'elle soit effectuée par un service ou dans un établissement d'hébergement, il vous sera proposé, si vous n'aviez désigné personne auparavant, de désigner une personne de confiance.

Il est possible que vous ayez déjà désigné une personne de confiance pour votre santé², notamment au cours d'une hospitalisation, avant votre début de prise en charge sociale ou médico-sociale. Cette personne n'est pas automatiquement autorisée à être votre personne de confiance pour votre prise en charge sociale ou médico-sociale. Il vous sera donc nécessaire, si vous souhaitez que cette même personne soit également votre personne de confiance dans le cadre de votre prise en charge sociale et médico-sociale, de procéder à une nouvelle désignation.

La désignation de la personne de confiance du secteur social et médico-social est valable sans limitation de durée, sauf si vous l'avez nommé pour une autre durée plus limitée.

Si vous êtes demandeurs d'asile, la notice d'information et le formulaire de désignation d'une personne de confiance vous ont été remis par l'Office français de l'immigration et de l'intégration lors de votre passage au guichet unique en même temps que la proposition d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile ou, si cette proposition d'hébergement intervient postérieurement à votre passage au guichet unique, en même temps que la proposition d'une offre d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile.

Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, il convient dès votre arrivée que vous remettiez le formulaire de désignation au responsable du centre afin qu'il puisse engager sans délais la prise de contact avec la personne que vous aurez désignée.

5. Comment la désigner ?

La désignation se fait par écrit. Il est préférable d'utiliser le formulaire figurant en annexe 2, mais vous pouvez aussi le faire sur papier libre, daté et signé en précisant bien le nom, le prénom et les coordonnées de la personne de confiance.

La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire ou, le cas échéant, le document.

Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment.

Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour la désignation (formulaire figurant en annexe 3).

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, notamment au moyen du formulaire figurant en annexe 4, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

6. Comment faire connaître ce document et le conserver ?

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer la structure et l'équipe de prise en charge que vous avez désigné une personne de confiance, afin qu'ils connaissent son nom et ses coordonnées, et d'en donner une copie.

Il est souhaitable d'en tenir vos proches informés.

Il peut être utile de conserver le document de désignation avec vous.

²

En application de [l'article L. 1111-6 du code de la santé publique](#).

**ANNEXE N° 3 - LISTE DES PERSONNES
RELEVANT DE L'OBLIGATION ALIMENTAIRE**

Epouse, époux et enfant(s) du futur résident

NOM PRENOM DU FUTUR RESIDENT :

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	ADRESSE COMPLETE	TELEPHONE DOMICILE + PORTABLE

ANNEXE N° 4 - ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE
Article 2298 du Code Civil

Etablissement : EHPAD « La Venise Champenoise » / USLD

Caution signataire du présent engagement pour M _____

NOM et Prénom : _____

Domicile : _____

La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main la mention ci-après :

"Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion ni de division pour les obligations nées au cours de l'exécution du Contrat de Séjour et résultant de ce contrat de séjour et du règlement fonctionnement dont j'ai reçu deux exemplaires :

- pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental et révisables unilatéralement sous réserve qu'après en avoir été informé, je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois
- pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR de la personne âgée si cette dernière ne peut bénéficier de l'APA.
- pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles. "

Mention manuscrite de la caution : (merci de recopier le texte ci-dessus)

Fait à _____, le _____

Signature

Joindre une photocopie de votre carte d'identité

EHPAD « LA VENISE CHAMPENOISE »
USLD
51 Rue du Commandant Derrien
51000 Châlons-en-Champagne

(A remplir obligatoirement)

ANNEXE N° 5 - DECLARATION DES REVENUS DU MENAGE SUR L'HONNEUR

Les revenus du ménage, c'est-à-dire les revenus déclarés sur le dernier avis d'imposition de la personne et de son conjoint, concubin, partenaire de PACS :

- pensions, retraites, rentes, invalidité ou autres

Je soussigné : NOM Prénom.....

Adresse :

Ou M.....

Agissant en qualité de représentant de la personne à accueillir :

Atteste sur l'honneur que le ménage dispose des revenus suivants :

Nom du ou des bénéficiaires	Nature des revenus	Nom de l'organisme	Numéro d'affiliation	Montant des revenus	Périodicité (A-T-M)*

*A : annuelle T : trimestrielle M : mensuelle

Revenu mensuel moyen :

Fait à, le

Signature :

NB : joindre impérativement le dernier avis d'imposition sur le revenu

En cas de demande d'aide sociale, les attestations des caisses de retraite vous seront demandées

EHPAD « LA VENISE CHAMPENOISE »

USLD

51 Rue du Commandant Derrien

51000 Châlons-en-Champagne

ANNEXE N° 6 - CONSEQUENCES LIEES A L'ADMISSION A L'AIDE SOCIALE

I - Les personnes sollicitant l'aide sociale auprès du Conseil Départemental sont informées que :

a) le bénéfice de l'aide sociale est accordé par le Conseil Départemental seulement si les conditions légales d'attribution sont remplies

b) l'aide sociale constitue une AVANCE dans la majorité des cas et ne peut être demandée uniquement en cas d'insuffisance de ressources du requérant ou de sa famille.

c) l'établissement dépose une demande auprès du juge des affaires familiales en même temps que la demande d'aide sociale.

II- L'attribution de l'aide sociale comporte les conséquences suivantes :

a) L'obligation alimentaire

Toute demande d'aide sociale conduit à procéder à des enquêtes sur tous les débiteurs d'aliments. Ces personnes peuvent être des ascendants et descendants tenus légalement à apporter leur aide financière à leur parent, sollicitant une forme d'aide sociale. Le montant global de cette participation est fixé **par le Conseil Départemental service aide à la personne**, en fonction de leurs ressources.

b) Fraudes ou fausses déclarations

Toute fraude ou fausse déclaration entraîne des poursuites judiciaires, conformément aux articles 150 et 405 du Code Pénal qui prévoit des peines d'emprisonnement et des amendes, et la mise en recouvrement envers la personne des sommes indûment perçues.

c) Recours (Art.146 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale)

Des recours peuvent être exercés par les collectivités locales dans le cas où :

- le demandeur de l'aide sociale aurait fait donation de ses biens postérieurement au dépôt de son dossier ou dans les dix ans qui l'ont précédé

- le bénéficiaire de l'aide sociale voit sa situation pécuniaire s'améliorer. Le reversement des allocations précédemment allouées pourra être engagé.

d) Succession

Des recours contre les successions des bénéficiaires de l'aide sociale sont exercés dans la limite de l'actif successoral pour permettre le recouvrement des avances consenties antérieurement.

e) Hypothèques

Les immeubles appartenant au bénéficiaire de l'aide sociale peuvent être grevés d'une hypothèque légale dont l'inscription sera prise par le Président du Conseil Départemental.

Le demandeur, soussigné, déclare avoir pris connaissance des conséquences ci-dessus mentionnées.

A..... le.....
Signature

ANNEXE N° 7 - OPTION A.P.A./ A.C.T.P./ P.C.H.

Je soussigné(e) : NOM.....Prénom.....

Date de naissance

Date d'entrée.....

Ou M, Mme, Melle.....

Agissant en qualité de fils, fille ou autre préciser.....

Situation avant l'entrée en établissement	Oui	Non
Bénéficiaire de l'APA à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénéficiaire de la Majoration Tierce Personne (MTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possède une ou plusieurs assurances vies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possède des biens fonciers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EHPAD « LA VENISE CHAMPENOISE »
USLD
51 Rue du Commandant Derrien
51000 Châlons en Champagne

	Option choisie lors de votre entrée	Cocher la case correspondante	Conséquences
ACTP*	je souhaite conserver	<input type="checkbox"/>	Le tarif hébergement + l'intégralité du tarif dépendance me seront facturés. En cas de changement de situation, une nouvelle option me sera proposée
	je ne souhaite pas conserver	<input type="checkbox"/>	Le tarif hébergement + le tarif dépendance GIR5/6 éventuellement majoré me seront facturés Je perds l'intégralité de mes droits acquis au titre de l'ACTP et toute possibilité de retour à ce régime.
PCH	je souhaite conserver	<input type="checkbox"/>	Le tarif hébergement + l'intégralité du tarif dépendance me seront facturés. Réduction de 90% (aide humaine) dans la limite des plafonds mini et maxi (arrêté ministériel du 19/02/2007) après un délai de 45 ou 60 jours.
	je ne souhaite pas conserver	<input type="checkbox"/>	Le tarif hébergement+ le tarif dépendance GIR 5/6 éventuellement majoré, me seront facturés. Je perds tous les bénéfices liés à cette prestation.
APA	je souhaite communiquer mes ressources	<input type="checkbox"/>	Le tarif hébergement + le tarif dépendance éventuellement minoré (<i>pour les résidents dont le domicile de secours est la Marne, sous réserve du calcul de la participation liée aux frais de dépendance en fonction des revenus</i>), me seront facturés
	je ne souhaite pas communiquer mes ressources	<input type="checkbox"/>	Le tarif hébergement + le tarif dépendance GIR 5/6 + [(tarif dépendance de la personne – GIR 5/6) x 80%] me seront facturés

*ATTENTION : en cas d'accord d'Aide Sociale à l'Hébergement (A.S.H.) votre A.C.T.P. sera réduite de 90 % à compter de la date de prise en charge

fait à.....

Le.....

Signature

EHPAD « La Venise Champenoise »

USLD

51 Rue du Commandant Derrien

51000 Châlons En Champagne

ANNEXE N° 8 - AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des activités organisées par la structure, nous sommes amenés à réaliser des photos ou vidéos souvenir qui servent de supports aux échanges ultérieurs avec les participants ainsi qu'à la valorisation de notre démarche d'accompagnement.

L'autorisation ci-dessous nous est nécessaire pour l'utilisation dans un contexte professionnel de ces documents

Je soussigné (e) :

Nom : Prénom.....

Donne mon autorisation

Ne donne pas mon autorisation

Pour que :

Moi-même

Mr Mme

* Soit photographié (e) ou filmé (e) lors de la participation aux manifestations organisées par :

L'Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes « EHPAD La Venise Champenoise »

L'Unité de Soins de Longue Durée « ULSD »

* Mon/son image soit reproduite sur support papier dans le cadre de l'établissement de tout document d'information élaboré pour les institutions partenaires

* Mon/son image soit conservée et utilisée pendant une durée illimitée, uniquement dans un but d'information sur les activités de la structure au profit des usagers

JE RENONCE PAR LA PRESENTE à solliciter une quelconque compensation à quelque titre que ce soit pour la participation à la prise de vue et à sa diffusion.

Fait à

Le

Lu et approuvé (mention manuscrite)

Signature du résident ou son représentant légal

* *Rayer les mentions inutiles*

EHPAD « La Venise Champenoise »
USLD
51 Rue du Commandant Derrien
51000 Châlons-en-Champagne

ANNEXE N° 9 - Tarifs journaliers applicables à la date du 01 Février 2024 **A titre informatif et non contractuel** **Fixés et revus chaque année par le Conseil Départemental de la Marne**

Par arrêté, Monsieur le Président du Conseil Départemental de la Marne a fixé les prix de journée applicables aux personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes à compter du **1^{er} Février 2024**. Les travaux de construction et rénovation impacteront progressivement les tarifs hébergement de tous les services, USLD compris dans les années à venir.

✓ Pour l'hébergement : **2 tarifs**

- **60,73 Euros** pour les chambres standards du Nouvel EHPAD, de l'USLD et du bâtiment rénové
- **65,73 Euros** pour les chambres intitulées « grandes chambres de 30 m² » du bâtiment rénové

✓ Pour les tarifs dépendance déterminés en fonction de chaque Groupe Iso-Ressources (G.I.R.) à :

- pour un GIR 1 – 2 : **20,56 Euros** (EHPAD) et **29,59 Euros** (USLD)
- pour un GIR 3 – 4 : **13,05 Euros** (EHPAD) et **18,78 Euros** (USLD)
- pour un GIR 5 – 6 : **5,54 Euros** (EHPAD) et **7,96 Euros** (USLD)

Pour les résidents dont **le domicile de secours se situe dans le département de la Marne**, l'établissement perçoit l'APA sous forme de dotation globale dépendance.

Une participation minimale reste à la charge du résident en fonction de sa perte d'autonomie et du niveau de ses ressources. Elle correspond au tarif GIR 5/6 majoré d'une éventuelle participation liée aux revenus (retraite), revenus des capitaux, placements d'assurance vie...

Les résidents ne voulant pas communiquer les pièces administratives nécessaires à cette étude se verront appliquer un tarif correspondant à 80 % du tarif réel du GIR.

Pour les habitants Hors de la Marne, nous appliquons la tarification au réel. Vous devrez vous rapprocher du conseil départemental de votre département pour faire une demande d'aide personnalisée à l'autonomie (APA) en établissement.

En termes de facturation mensuelle, cela se traduit de la façon suivante pour un mois à 31 jours :

Pour les personnes classées en G.I.R. 5 ou 6 ou résident Marnais sans participation :

Pour un mois de 31 jours	EHPAD « Chambres standards »	EHPAD « Grandes chambres de 30m2 »	USLD « Chambres standards »
Tarif journalier (hébergement + dépendance)	66,27 €	71,27 €	68,69 €
Tarif mensuel (hébergement + dépendance)	2 054,37 €	2 209,37 €	2 129,39 €

A compter du 1^{er} Février 2024, le prix de journée applicable aux personnes âgées de moins de 60 ans est fixé à

- 88,37 Euros en USLD soit 2 739,47 Euros par mois de 31 jours,
- 77,51 Euros pour les chambres standards de l'EHPAD soit 2 402,81 Euros par mois de 31 jours,
- 82,51 Euros pour les chambres intitulées « grandes chambres de 30 m2 » de l'EHPAD soit 2 557,81 Euros par mois de 31 jours.

Dispositions impactant le tarif :

Les absences pour hospitalisations ou pour convenances personnelles (voir points 6.2.1 et 6.2.2 du présent contrat) font l'objet d'une minoration du tarif conformément au RDAS. Il n'y a pas de facturation du séjour à partir du décès mais la famille doit restituer la chambre sous 48 heures faute de quoi une facturation jusqu'au sixième jour après le décès sera appliquée conformément à la réglementation en vigueur.