



DOSSIER UNIQUE DE DEMANDE D'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD) EN SAÔNE-ET-LOIRE

Le dossier national obligatoire est inclus dans ce dossier

Cadre réservé à l'établissement	Nom : _____
*****	_____
Reçu le : _ / _ / _____	Suite à donner : _____
N° interne : _____	_____

UN DOSSIER UNIQUE : POURQUOI ?

Vous souhaitez être accueilli(e) dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en Saône-et-Loire.

Pour simplifier vos démarches et faciliter le traitement de votre demande tout en améliorant le respect de vos choix, de vos besoins et de vos attentes, le Département de Saône-et-Loire et ses partenaires ont mis en place un dossier unique comprenant :

- le dossier national (cerfa n°14732*01),
- un volet départemental composé de 3 parties (demande / financement / besoins et attentes),
- et des informations complémentaires (annexes).

OÙ VOUS PROCURER CE DOSSIER UNIQUE ?

Vous pouvez vous procurer ce document auprès des structures suivantes :

- EHPAD sollicité(s),
- Centres locaux d'information et de coordination (CLIC),
- Maison locale de l'autonomie (MLA) et Services autonomie 71 (SA 71) du Conseil général,
- services de soins infirmiers à domicile (SSIAD),
- services sociaux des établissements de santé.

Vous pouvez aussi télécharger le dossier unique sur le site internet du Conseil général de Saône-et-Loire www.cg71.fr (rubrique « Missions » - « Personnes âgées/personnes handicapées »).

ET APRÈS ?

Les établissements vous tiendront informés des suites qui pourront être données à votre demande.

Pour une meilleure gestion des demandes, merci de bien vouloir ensuite informer les établissements sollicités de tout changement ou évolution de votre situation (annulation de votre demande, entrée dans un autre établissement...).

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

**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 (évènement 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 / SAD¹ 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

¹ 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⁽²⁾

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'HERGEMENT
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 **ALLERGIES** Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

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

Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

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			
Orientation	Temps			
	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		

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

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
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)		

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

Ces informations sont nécessaires pour traiter votre demande dans les meilleurs délais et conditions.

PRÉCISIONS SUR VOS SOUHAITS

Chambre : Simple Double Indifférent

Fumeur : Oui Non

Demande à traiter en lien avec celle d'un(e) proche :

Ces informations permettent d'informar de votre souhait d'entrer dans le même établissement que votre proche ou à proximité.

Civilité : Madame Monsieur

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom(s) : Date de naissance :

Déjà en établissement → précisez nom et commune de l'établissement :

.....

Demande(s) en cours → précisez date de la demande, nom et commune de(s) l'établissement(s) :

.....

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS SOUHAITÉS (5 MAXIMUM) PAR ORDRE DE PRÉFÉRENCE

Il vous est conseillé de choisir plusieurs établissements.

N° de priorité	Etablissement
1	Commune : Nom de l'établissement :
2	Commune : Nom de l'établissement :
3	Commune : Nom de l'établissement :
4	Commune : Nom de l'établissement :
5	Commune : Nom de l'établissement :



VOLET DÉPARTEMENTAL B – VOTRE FINANCEMENT

Ces informations vous sont demandées pour permettre aux professionnels de travailler dès que possible à la mise en place d'un plan d'aide adapté à votre futur hébergement.

PROTECTION SOCIALE

Assurance maladie : Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)
 Mutualité sociale agricole (MSA)
 Couverture maladie universelle (CMU)
 Autre → Précisez :

Régime complémentaire : CMU complémentaire (CMU-C)
 Mutuelle ou assurance → Précisez :
 Autre → Précisez :
 Aucun

PRÉCISIONS SUR VOS RESSOURCES MOBILISABLES

Différentes aides existent pour vous aider à financer votre hébergement, et notamment l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)¹, la prestation de compensation du handicap (PCH)² et l'allocation logement³.

Il existe également une possibilité de financement par l'aide sociale à l'hébergement, attribuée et versée par le Conseil général sous forme d'une avance récupérable.

Revenu fiscal annuel : Demandeur : OU Foyer :
Merci de reporter les montants de l'avis Conjoint(e) :
d'imposition joint

Autres précisions éventuelles sur les ressources mobilisables (biens, participations des enfants, etc.) :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

¹ L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est attribuée et versée par le Conseil général sous conditions d'éligibilité.
² La prestation de compensation du handicap (PCH) est attribuée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et versée par le Conseil général sous conditions d'éligibilité.
³ Les allocations logements (APL, ALS) sont attribuées et versées par les caisses d'allocations familiales (CAF) sous conditions d'éligibilité.



Ces informations permettent à l'établissement de mieux vous connaître.

SI CONNUES, INFORMATIONS SUR LE GIR

Groupe GIR : Date de l'évaluation :

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

- Habitat non adapté Isolement, solitude Rapprochement familial
- Perte d'autonomie Raisons de santé Demande de précaution
- Autre → merci de préciser :

PROFESSIONNELS INTERVENANT AUPRÈS DU DEMANDEUR

- Auxiliaire de vie quotidienne (AVQ) et/ou SAD⁴ → précisez (nature, fréquence, etc.) :
-
- Infirmier et/ou SSIAD⁵ → précisez (nature, fréquence, etc.) :
-
- Kinésithérapeute → précisez (nature, fréquence, etc.) :
-
- Spécialiste → précisez (nature, fréquence, etc.) :
-
- Autres → précisez (nature, fréquence, etc.) :
-
-
-

VOS ATTENTES

Vous pouvez préciser ici d'autres informations concernant vos habitudes de vie, vos activités occupationnelles, ou tout autre élément que vous jugerez utile de porter à la connaissance des établissements.

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

⁴ Service d'aide à domicile
⁵ Service de soins infirmiers à domicile

DÉFINITION D'UN EHPAD

Il s'agit d'établissements (maison de retraite et/ou unité de soins de longue durée) qui, après signature d'une convention avec le Département et l'État (représentant les caisses d'assurance maladie), s'engagent dans une démarche qualité et sont autorisés à accueillir des personnes âgées dépendantes.

Juridiquement, ils peuvent être :

- Publics autonomes, c'est-à-dire dotés d'une gestion autonome.
- Publics territoriaux, c'est-à-dire gérés par une collectivité territoriale.
- Publics annexés, c'est-à-dire rattachés à un hôpital (budget annexe).
- Privés, habilités ou non habilités à l'aide sociale.

ADMISSION EN EHPAD

Les EHPAD accueillent des personnes âgées de 60 ans et plus. Ils peuvent, par dérogation, accueillir des personnes moins âgées.

DEPENSES LIÉES À UN HÉBERGEMENT EN EHPAD

FORFAIT SOINS

Quoi : prise en charge des soins (personnel, paramédical, médicaments, etc.).

Montant : réglementé par la sécurité sociale.

Sources de financement possibles :

→ Régimes d'assurance maladie.

Remarques :

→ La plupart des dépenses sont payées via un versement direct à l'établissement sous forme d'un forfait journalier.

→ Les consultations du médecin traitant ou des médecins spécialistes de ville sont remboursées comme avant.

TARIF DÉPENDANCE

Quoi : aides techniques et humaines apportées au résident pour accomplir les actes essentiels de la vie.

Montant :

→ Fixé par le Conseil général sur proposition du conseil d'administration de l'établissement.

→ Variable en fonction du degré de dépendance.

Sources de financement possibles :

→ Allocation personnalisée d'autonomie (APA, versée par le Conseil général).

→ Financement personnel.

TARIF HÉBERGEMENT

Quoi : entretien et administration de l'établissement, restauration, activités d'animation, etc.

Montant :

→ EHPAD privés non habilités : fixé librement par l'établissement.

→ Autres : fixé par le Conseil général sur proposition de l'établissement.

Sources de financement possibles :

→ Allocation logement (versée par la CAF ou la MSA).

→ Aide sociale à l'hébergement si l'EHPAD est habilité (versée par le Conseil général).

→ Financement personnel.

Remarque : le contenu couvert par ce tarif peut varier d'un établissement à l'autre ; se renseigner auprès des établissements sollicités.

AUTRES DÉPENSES

Quoi : variables d'un établissement à l'autre, mais notamment :

→ Produits de toilette personnels.

→ Téléphone et télévision.

→ Sorties et spectacles.

→ Prestations telles que coiffure, manucure ou pédicure.

→ Etc.

Montant : variable également d'un établissement à l'autre ; se renseigner auprès des établissements sollicités.

Sources de financement possibles :

→ Financement personnel.

CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION (CLIC)

Les CLIC sont des lieux d'accueil, d'information et de coordination destinés aux personnes âgées.

Autun

Réseau gérontologique de l'Autunois -
9, bd Frédéric Latouche - 71400 Autun
Tél. : 09 77 31 05 78
Mél. : reseau-geronto-autun@wanadoo.fr

Chalon-sur-Saône

Centre communal d'action sociale
Espace Jeanne Parent – 7 quai de l'hôpital –
71321 Chalon-sur-Saône
Tél. : 03 85 93 85 20
Mél. : maison.vermeil@chalonsursaone.fr

Charolles

Réseau gérontologique du Pays charolais
6, rue du Prieuré - 71120 Charolles
Tél. : 03 85 24 32 64
Mél. : contact@rgpc71.fr

Cluny

Association de coordination gérontologique
du Clunisois
Résidence Bénétin, 1 rue des Ravattes - 71250 Cluny
Tél. : 03 85 59 30 60
Mél. : coord.geronto.cluny@wanadoo.fr

Louhans

Coordination gérontologique de la Bresse bourguignonne
3, rue des Bordes - 71500 Louhans
Tél. : 03 85 75 85 85
Mél. : cq2b@orange.fr

Mâcon

Centre communal d'action sociale
6, place Carnot - 71000 Mâcon
Tél. : 03 85 39 71 70
Mél. : clic@ville-macon.fr

Montceau-les-Mines

Réseau gérontologie Arroux-Bourbince
Centre hospitalier - BP 189 - 71300 Montceau-les-Mines
Tél. : 03 85 67 64 03
Mél. : secretariat.gerontologie@ch-montceau71.fr

Tournus

Réseau de santé des 3 rivières - Hôpital de Belnay
627, avenue Henri et Suzanne Vitrier - 71700 Tournus
Tél. : 03 85 32 56 14
Mél. : clics3r-am@orange.fr

Numéro d'appel national contre la maltraitance
des personnes âgées ou handicapées :

39 77

Coût d'un appel local depuis un poste fixe

MAISON LOCALE DE L'AUTONOMIE (MLA)

La MLA est un lieu d'accueil, d'information et d'orientation dédié aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Elle conjugue les missions du Service autonomie 71 et de l'antenne territoriale de la Maison départementale de l'autonomie (MDA-MDPH).

Le Creusot

2, avenue de Verdun – 71200 Le Creusot
Tel. : 03 85 77 97 80

Autun

9, boulevard Frédéric-Latouche – 71400 Autun
Tél. : 03 85 86 90 50

Montceau-les-Mines

8, rue François Mitterrand - 71300 Montceau-les-Mines
Tél. : 03 85 67 67 15

SERVICES AUTONOMIE 71

Les Services autonomie 71 sont chargés de la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Mâcon/Cluny/Tournus

268, rue des Épinoches - 71000 Mâcon
Tél. : 03 85 21 65 13

Paray-le-Monial/Charolles

8, place Charles-le-Téméraire - 71120 Charolles
Tél. : 03 85 88 05 70

Chalon-sur-Saône

52, rue Pierre Deliry - 71100 Chalon-sur-Saône
Tél. : 03 85 98 28 00

Louhans

3, rue des Bordes - 71500 Louhans
Tél. : 03 85 75 85 85

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF)

Siège départemental

177, rue de Paris - 71000 Mâcon
Tél. : 0810 25 71 10
(prix d'un appel local à partir d'un poste fixe)
Site : www.caf.fr

Antennes locales :

Espace Bernard Renault, rue des Cités - 71400 Autun
15, avenue Victor Hugo - 71100 Chalon-sur-Saône
6, avenue de Verdun - 71200 Le Creusot
32, rue Bartoli – 71160 Digoïn
4, rue F. Mitterrand, quartier des équipages - 71300 Montceau-les-Mines
1, rue du 8 mai – 71600 Paray-le-Monial



ANNEXES AU VOLET DÉPARTEMENTAL CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP OU DE DÉPENDANCE

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

Article 1 : choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

Article 2 : cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

Article 3 : vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

Article 4 : présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Article 5 : patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Article 6 : valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

Article 7 : liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

Fondation nationale de gérontologie (FNG), 2007.

Article 8 : préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

Article 9 : accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

Article 10 : qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

Article 11 : respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Article 12 : la recherche, une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

Article 13 : exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

Article 14 : l'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.