



RESIDENCE DU CHATEAU

EHPAD - CESSON-SEVIGNE



Madame, Monsieur,

Nous vous remercions vivement de l'intérêt que vous portez à la Résidence du Château et avons le plaisir de vous adresser le dossier comprenant les informations pratiques de l'établissement et les conditions de préadmission.

Vous trouverez dans cette pochette :

- *Le document de présentation*
- *Une note d'information sur les différents types d'accueil*
- *Un exemple de menu*
- *Un exemple de planning d'animation*
- *La liste des documents à remettre le jour de l'entrée*
- *Un exemple de trousseau*
- *Une fiche de liaison paramédicale à compléter*
- *Le dossier de demande d'admission en EHPAD composé d'une fiche administrative et du dossier médical à faire compléter par le médecin*
- *Les aides financières en EHPAD*
- *Les tarifs de l'établissement*
- *Un exemple de devis*
- *Les arrhes de réservation*

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire dont vous aurez besoin.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes meilleures salutations.

Le Directeur

M. Lecarpentier



Créée en 2012 dans un cadre calme et verdoyant, la Résidence du Château est un lieu de vie familial et agréable proche des commerces, espaces verts et transports en commun (bus, métro (A et B), TGV, LGV, aéroport). Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) la Résidence du Château est située dans la commune de Cesson Sévigné aux portes de Rennes dans le département d'Ille et Vilaine à 45 minutes de la côte d'émeraude et 1 heure de Paris.

Dotée d'équipements modernes, la Résidence du Château permet une accessibilité et une mobilité optimale à ses résidents (couloirs larges entièrement équipés de mains courantes, ascenseurs, ...). L'établissement comporte plusieurs espaces de vie chaleureux sur deux niveaux tels qu'un grand salon, un espace multimédia, un espace bibliothèque et un parc sécurisé permettant aux résidents et à leurs proches de passer des moments conviviaux et chaleureux. La résidence dispose également d'espaces de détente : salle de balnéothérapie, espace kiné, salon de coiffure et salons privés.

Toute la prise en charge s'organise autour du résident afin que celui-ci soit choyé et serein durant son séjour. Via ses prestations optionnelles, notre établissement peut répondre aux diverses demandes de ses résidents afin de leur apporter confort, plaisir et satisfaction.

La résidence du Château dispose d'une chambre double de plus de 30 m² et de 53 chambres individuelles d'une superficie minimale de 20 m² toutes pourvues d'une salle de bain privative. Agencées pour le confort et la sécurité de chacun, toutes les chambres sont munies d'un appel malade relié en permanence au personnel soignant. Leur ameublement peut également être complété par l'apport de mobilier et d'objets décoratifs personnels.

Des formations diplômantes et gratifiantes garantissant l'adaptation des compétences de l'équipe soignante confrontée à l'évolution des besoins des résidents, mais également celle des pathologies fréquemment rencontrées, sont dispensées en continu. De ce fait, les résidents sont accompagnés 24h/24h par une équipe pluri-professionnelle attentive, disponible, expérimentée et sélectionnée avec exigence qui s'attache à apporter, avec le sourire, le meilleur service possible.

Composée d'un médecin coordonnateur, d'un infirmier coordinateur, d'infirmières, d'aides-soignantes, d'aides médico-psychologiques, d'une psychologue, d'animateurs, d'agents de service hôtelier, d'un agent de maintenance et de personnel administratif, cette équipe performante permet aux résidents de bénéficier d'un accompagnement attentionné, grâce au personnel bienveillant qui veille jour et nuit sur leur sécurité.

Dans le respect du libre choix de chacun, des professionnels libéraux sont également à même d'intervenir sur rendez-vous : médecins traitants, kinésithérapeutes, podologues, coiffeurs et autres spécialistes.

Dans une démarche continue de bienveillance, une attention particulièrement pointue est portée à la restauration, aux animations, aux soins et à l'hygiène de confort et de bien être afin de permettre aux résidents de se réaliser, de s'occuper et de se récréer.

La Résidence du Château assure l'ensemble de ces services afin de maintenir et développer au mieux le bien-être, le confort et la sécurité de ses résidents.



Votre séjour au Château

Dépendant ou non, seul ou en couple, âgé d'au moins 60 ans, la Résidence du Château adapte votre séjour en fonction de vos besoins.

L'hébergement permanent :

Nous vous proposons une chambre en hébergement traditionnel, à l'étage ou au rez-de-chaussée, ou en unité de vie spécialisée, de manière permanente, dès lors que vous pensez ne plus être en capacité de rester seul à votre domicile ou de manière temporaire.

L'hébergement temporaire :

L'hébergement temporaire est une forme d'accueil limitée dans le temps (trois mois renouvelable une fois). D'une durée minimale d'une semaine, il est indiqué lorsque vos proches s'absentent, à la sortie d'une hospitalisation ou encore durant une période d'adaptation de votre logement (travaux).

L'hébergement temporaire vous permet également de vous familiariser avec la structure et de voir si elle vous convient avant de prendre la décision de vous y installer définitivement.

L'unité protégée :

L'unité protégée est exclusivement dédiée à des personnes atteintes de maladies neurodégénératives de type Alzheimer ou maladies apparentées avec des troubles psycho-comportementaux associés.

Les indications pour l'entrée en unité de vie spécialisée sont : l'instabilité psychomotrice, les fugues, la déambulation nocturne et diurne, les cris, l'agressivité, l'anxiété, l'apathie, la désinhibition comportementale.



Les contre-indications pour l'entrée sont : une intensité des symptômes ne rendant pas compatible la vie du résident dans l'unité, les démences et troubles psychologiques relevant d'un service de neuro-géronto-psychiatrie.

Compte-tenu des spécificités de ces pathologies, l'équipe soignante dédiée adapte ses interventions aux besoins de chacun.

Les temps d'animation et d'activité sont plus courts, mais plus nombreux dans la journée pour favoriser l'acceptation et la concentration.

Pour tout renseignement complémentaire n'hésitez pas à contacter la résidence au 02 99 25 05 05.



Modèle de Menu

Melon – Jambon cru

Sauté de veau aux olives

Pommes de terre – Carottes aux épices

Plateau de fromages

Tartelette poire chocolat

Velouté de chou-fleur

Quiche aux légumes

Salade

Plateau de fromages

Compote

Le chef de cuisine et son équipe vous souhaite un bon appétit

MENUS ETABLIS SOUS RESERVE D'APPROVISIONNEMENT

Nos plats sont susceptibles de contenir des substances ou dérivés pouvant entraîner des allergies ou intolérances.
Pour toute information, merci de vous rapprocher du cuisinier



RESIDENCE DU CHATEAU
87140 - CESSON-SEVIGNÉ

PLANNING D'ANIMATION

LUNDI 15

MARDI 16

MERCREDI 17

JEUDI 18

VENDREDI 19

SAMEDI 20

DIMANCHE 21

MATIN

11h15

Lecture du journal



11h15

Gymnastique douce



11h15

Relaxation



11h15

Lecture du Journal



11h15

Café – Discussion



11h15

Gymnastique douce



10h30

Messe télévisée

11h15

Discussion

APRES-MIDI

14H30 : Relaxation – Magie – Manucure – Jeux de société – Sport...

16h45 OUEST

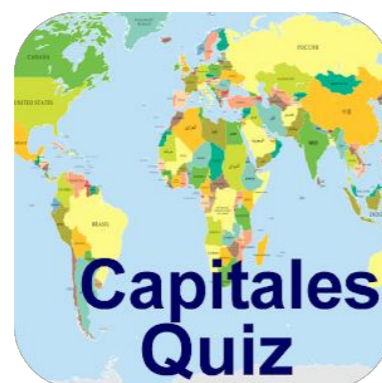
Jeux d'adresse et motricité



Axel

16h45 RDC

Quizz Pays et Capitales



Roman

16h45 EST

Activité sportive



Axel

16h45 OUEST

Mimes & devinettes



Axel

16h45 RDC

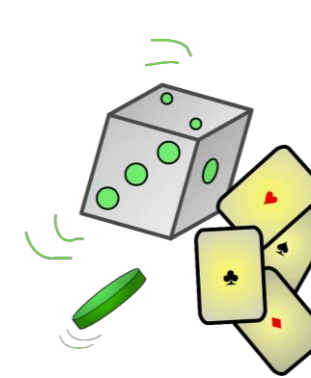
Jeux de mémoire



Roman

16h45 EST

Jeux de société



Roman

16h30

Dimanche en musique



Roman



DOCUMENTS A REMETTRE LE JOUR DE L'ENTREE

Liste des documents concernant le résident

- Carte vitale
- Attestation carte vitale
- Attestation de mutuelle
- Ordonnances valides : Traitement, kiné, orthophoniste, labo ...
- Traitement pour 2 jours
- Noms et Téléphones du médecin traitant et des médecins spécialistes habituels
- Carte d'identité ou Passeport
- Photo d'identité
- Copie du livret de famille ou extrait de naissance
- Justificatif de domicile (quittance EDF, facture de téléphonie fixe, quittance loyer ...)
- Justificatifs de ressource (retraite de base et complémentaire avis de versement)
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu
- Trois dernières quittances de loyer ou de taxe foncière si propriétaire
- Contrat d'obsèques (s'il y en a un)
- Justificatif d'assurance responsabilité civile
- Copie de jugement de mise sous protection juridique le cas échéant.
- RIB
- Dossier de demande d'admission en EHPAD

Liste des documents concernant la ou les personnes se portant caution solidaire

- Photocopie de la pièce d'identité
- Trois derniers bulletins de salaire
- Dernier avis d'imposition



TROUSSEAU

HOMME / FEMME

Souhaitable à l'entrée et à adapter en fonction du degré de dépendance du résident.

Chemises de corps	8
Sous-vêtements	8
Robes – jupes – pantalons	8
Pulls ou gilets	8
Vêtements de nuit	5
Robe de chambre / Peignoir	2
Chemises - polos	8
Bas – mi-bas – collants	8
Chaussettes	8
Manteau	1
Imperméable	1
Ceinture ou bretelles	1
Foulard – écharpe	1
Nécessaire de toilette	1
Chaussons	2 paires
Chaussures	2 paires
Sac de voyage de taille moyenne	1

Liste exhaustive, tout autre effet personnel peut être ajouté.

Dans une démarche de qualité, le marquage du linge est obligatoire pour tous les résidents.

Le linge peut être marqué par le résident et son entourage ou par la résidence via la prestation marquage. Pour des raisons d'organisation (suivi du linge, comptage de cycle, etc...), la prestation lavage du linge engendre obligatoirement la prestation marquage.



FICHE DE LIAISON PARAMEDICALE

A compléter par le résident, son représentant légal ou médecin.

Nom et prénom du résident :

Date de naissance :

1- Médecin et autres praticiens

Nom du médecin traitant :

Nom du dentiste :

Nom de l'ORL :

Nom de l'ophtalmologue :

Nom du pédicure :

Nom de l'ambulance :

2- Le résident bénéficie-t-il d'un suivi auprès d'un ou de spécialistes : oui non

Si oui, merci de préciser la nature du ou des suivis :

Nom du ou des spécialistes :

Date du ou des derniers RDV :

Prochain(s) RDV programmé(s), heure(s) et lieu(x) :

3- Matériel nécessaire

- Fauteuil roulant
- Déambulateur
- Barrières (joindre l'ordonnance si besoin de deux barrières)
- Contention au fauteuil
- Contention au lit
- Matelas à mémoire de forme

4- Alimentation

Le résident a-t-il un régime particulier ? Oui Non

Si oui, merci de préciser :

Texture des aliments : Normale Hachée Mixée

Eau gélifiée : Oui Non



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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 **NON** **ALLERGIES** **NON** Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE **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 **OUI** **NON**

Cécité
Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI **NON**

REEDUCATION **OUI** **NON**

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		
Gastrotomie		
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



LES AIDES FINANCIERES EN EHPAD

L'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie s'adresse à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un soutien de la collectivité. Elle est attribuée dans les mêmes conditions sur tout le territoire. L'uniformisation des tarifs et des barèmes nationaux garantit l'égalité et la transparence du dispositif vis-à-vis des usagers. En effet, un tarif national fixe le montant maximum du plan d'aide à domicile en fonction du degré de perte d'autonomie (GIR) du bénéficiaire. Un barème national permet également de déterminer, en fonction des ressources de l'usager, la participation restant à sa charge.

Pour bénéficier de l'APA, il faut en faire la demande. Pour cela, il suffit que l'intéressé ou un membre de son entourage retire un dossier de demande.

Il peut le faire dans différents lieux :

- Les services du département (conseil général et circonscriptions d'action sociale).
- Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale et les mairies.

L'AIDE AU LOGEMENT

Le résident d'une maison de retraite est éligible à l'aide au logement.

Le dossier de demande est à retirer à la Caisse d'Allocation Familiales du lieu de logement en résidence. Le montant alloué mensuellement dépend des ressources du demandeur.

FRAIS D'EHPAD : entre charges déductibles et réductions d'impôts

Quels sont les avantages fiscaux liés aux frais d'hébergement en maison de retraite ?

La déduction est-elle la même quand les frais sont pris en charge par les enfants ?

Faut-il déduire les frais de dépendance ?

Les frais d'hébergement en EHPAD, tarif hébergement et tarif dépendance, déduction faite des aides, ouvrent droit à un avantage fiscal.

Mais attention, plusieurs cas sont possibles en effet, l'avantage fiscal varie selon le payeur :



Cas 1 : le résident paie lui-même sa facture

Principe :

Les frais d'hébergement en EHPAD ouvrent droit à un avantage fiscal.

Plafonnement :

La réduction d'impôt maximale autorisée est égale à 25% des dépenses supportées au titre des tarifs hébergement et dépendance, retenues dans la limite annuelle de 10 000 €. La réduction d'impôt maximale est donc de 2 500 €.

Exemples :

Montant réglé pour des dépenses d'accueil : 6 180 €
Montant à retenir : 6 180 euros
Réduction : 6 180 euros x 25 % = 1 545 euros

Montant réglé pour des dépenses d'accueil : 12 000 €
Montant à retenir pour le calcul : 10 000 euros
Réduction : 10 000 x 25 % = 2 500 €

Sur la déclaration de revenus du résident : inscrire le montant de la réduction dans la case réductions et crédit d'impôt (Ligne dépenses d'accueil dans un établissement pour personnes dépendantes, Case 7CD).

Cas 2 : Un tiers obligé alimentaire paie la facture d'EHPAD pour le résident

Principe : pour être obligé alimentaire, le tiers doit être le gendre/bru, enfant, petits-enfants ou conjoint du résident.

Les sommes versées par le tiers relèvent des pensions alimentaires, à ce titre, elles sont une charge déductible du revenu du tiers.

Plafond : l'obligé alimentaire déclare la totalité des montants versés

Sur la déclaration de revenus du tiers : inscrire les sommes versées dans la partie Charges déductibles (Ligne autres pensions alimentaires versées, Case 6GU).

Sur la déclaration d'impôts du résident : aucun impact

Cas 3 : Un tiers verse au résident les sommes nécessaires au paiement de l'EHPAD

Ces sommes sont une charge déductible du revenu du tiers.



Plafond : le tiers déclare la totalité des montants versés sur sa déclaration d'impôts

Sur la déclaration de revenus du tiers : inscrire les sommes versées dans la partie Charges déductibles (Ligne autres pensions alimentaires versées, Case 6GU).

Sur la déclaration de revenus du résident : le résident déclare les sommes reçues du tiers dans la partie pensions, retraites, rentes (Ligne, pension alimentaire perçue, Case 1AO).

L'OBLIGATION ALIMENTAIRE

Le Code civil prévoit que les ascendants et les descendants, sans limitation de générations, sont tenus de s'entraider.

L'aide apportée relève de " l'obligation alimentaire ".

Elle ne fait pas obligatoirement l'objet d'un engagement écrit ou d'une décision de justice et peut être décidée à l'amiable.

Elle s'apprécie selon les besoins du bénéficiaire et les moyens de l'obligé.

Se renseigner : <http://www.impots.gouv.fr>



ARRHES LISTE D'ATTENTE

Entre

Mme / M. Ci-après dénommé(e)

« Le futur résident » Demeurant à

Le cas échéant, représenté(e) par Mme / M.

En sa qualité de

Et

La Résidence du Château, sis 5 Allée de la Touche Ablin 35510 Cesson Sévigné.

Il a été convenu ce qui suit:

Le futur résident réserve une chambre dans la Résidence sur liste d'attente au tarif d'hébergement affiché le jour de l'entrée, au quel sera rajouté le prix du GIR affiché le jour de l'entrée.

Pour réserver sa place dans la Résidence, le futur résident verse, ce jour, la somme de 1500 € TTC par chèque n° à titre d'arrhes qui s'imputeront lors de l'entrée sur les frais de séjour.

En cas d'annulation de la réservation par le futur résident ou son représentant, les arrhes ne seront pas restituées.

En cas d'annulation par l'établissement (chambre non disponible dans les 6 mois), l'établissement s'engage à restituer le double de la somme versée.

(Article 1590 du Code Civil)

Fait en deux exemplaires, à Cesson Sévigné, le

LE FUTUR RESIDENT
(Le cas échéant, son représentant)

LA RESIDENCE: