



**CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE  
DIRECTION DES RETRAITES ET DES PERSONNES AGEES**

2 allée des Aulnes

C.S. 81237

37012 TOURS CEDEX 1

☎ 02.18.96.12.11

📠 02.18.96.12.10

Site internet : [www.ccas-tours.fr](http://www.ccas-tours.fr)

**Affaire suivie par :**

Mme V. BLANCHARD



[valerie.blanchard@ccas-tours.fr](mailto:valerie.blanchard@ccas-tours.fr)

**Objet : Inscription sur la liste d'attente.**

TOURS, le

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez vous inscrire sur la liste d'attente de l'E.H.P.A.D. de la Ville de TOURS.

Afin de constituer votre dossier, je vous transmets le dossier unique à renseigner ainsi que notre liste des pièces à fournir. Le dossier est à retourner **COMPLET** à la Direction des Retraités et Personnes Agées dont l'adresse figure en entête.

Suite à la validation administrative, une visite du site ainsi qu'un entretien avec le médecin coordonnateur et la psychologue de notre Etablissement seront nécessaires pour finaliser la demande. A l'issue de ces démarches, une commission d'admission émettra un avis qui sera transmis par courrier.

Le prix de journée de nos établissements est joint au dossier. Les frais de séjour sont facturés en terme à échoir. Pour faire face au coût, l'Aide Personnalisée au Logement, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et l'Aide Sociale peuvent, si cela est nécessaire, vous aider.

Lorsqu'une proposition est faite, si vous ne pouvez entrer à la date indiquée, il vous est possible de réserver votre chambre moyennant le tarif journalier diminué du forfait hospitalier.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes salutations distinguées.

**La Directrice de l'EHPAD,**

**A. SAPET**



## TARIFS 2020

Le Conseil Départemental a fixé les prix de journée de l'E.H.P.A.D. comme suit, à compter du 1<sup>er</sup> août 2020 :

### Prix de journée hébergement

#### Vallée du Cher, Trois Rivières et Varennes de Loire :

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| . Chambre individuelle : | 56,55 € |
| . Chambre double :       | 48,61 € |

#### Monconseil :

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| . Chambre individuelle : | 61,50 € |
|--------------------------|---------|

*(Chambres doubles uniquement à la Vallée du Cher et aux Varennes de Loire)*

### Tarifs dépendance

#### Tarifs identiques sur les quatre sites :

|                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| .Groupe Iso-Ressource 1 et 2 :  | 20,21 € |
| . Groupe Iso-Ressource 3 et 4 : | 12,82 € |
| .Groupe Iso-Ressource 5 et 6 :  | 5,43 €  |

Compte tenu de ces tarifs, la réservation éventuelle est facturée à :

#### Vallée du Cher, Trois Rivières et Varennes de Loire :

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| . Chambre individuelle : | 36,55 € par jour |
| . Chambre double :       | 28,61 € par jour |

#### Monconseil :

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| . Chambre individuelle : | 41,50 € par jour |
|--------------------------|------------------|

**1 ) COPIES :**

- . de l'intégralité du/des livret(s) de famille  
ou de la pièce d'identité, pour les célibataires ☐
- . de l'attestation d'Assuré Social (et non carte vitale) ☐
- . de la carte **Mutuelle** ☐
- . des **notifications annuelles des caisses de retraite** ☐
- . du **dernier avis d'imposition et de la dernière  
déclaration de revenus** ☐

**et s'il y a lieu :**

- . du jugement de protection juridique ☐
- . de la carte d'invalidité ☐
- . des notifications Allocation Personnalisée d'Autonomie et Caisse  
d'Allocations Familiales (pour numéro d'allocataire) ☐

**2) DOCUMENTS REMPLIS**

- . Engagement de règlement du futur Résident ☐
- . Actes de cautionnement solidaire des obligés alimentaires ☐
- . Liste des obligés alimentaires ☐
- . Fiche de renseignements médicaux

**3) Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'intéressé (e)**



## ENGAGEMENT DE REGLEMENT

Je soussigné(e) M. (Mme) ....., domicilié(e) à  
..... et souhaitant entrer dans  
l'une des Maisons de Retraite du C.C.A.S., m'engage à régler mensuellement mes frais de  
séjour.

A .....

Le .....

Signature de l'intéressé(e) ou du tuteur



**ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE**  
**(Articles 205 et suivants du Code Civil)**

Nom et prénom du résident :

Caution signataire du présent engagement :

NOM et Prénom :

Lien de parenté avec le résident :

Adresse :

A la date du dépôt de dossier, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de :

Vallée du Cher, Trois Rivières et Varennes de Loire :

Hébergement Chambre Individuelle 56,55 € (cinquante six euros cinquante cinq cents)

Hébergement Chambre Double 48,61 € (quarante huit euros soixante et un cents)

Monconseil :

Hébergement Chambre Individuelle 61,50 € (soixante et un euros cinquante cents)

Tarif dépendance identique sur les quatre établissements :

Dépendance GIR 1 et 2 20,21 € (vingt euros vingt et un cents)

Dépendance GIR 3 et 4 12,82 € (douze euros quatre vingt deux cents)

Dépendance GIR 5 et 6 5,43 € (cinq euros quarante trois cents)

Ce montant est fixé chaque année par un arrêté du Président du Conseil Départemental.

Le signataire du présent document déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'Etablissement à satisfaire aux obligations du résident qui résultent du contrat de séjour pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par le Président du Conseil Départemental, et diminués éventuellement de l'APL et de l'APA.

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 pour le paiement des frais de séjour hébergement et dépendance, fixés chaque année par le Président du Conseil Départemental et révisables unilatéralement, et diminués, si le résident y ouvre droit, de l'APL et de l'APA »*

**Mention manuscrite de la caution :**

Fait à .....

le .....

LA CAUTION

Signature précédée de la mention manuscrite :

« Lu et approuvé pour caution solidaire »

**Document à photocopier en autant d'exemplaires qu'il y a d'obligés alimentaires (conjoint, enfants et petits-enfants majeurs), et à remettre complété et signé par chacun d'entre eux, lors du dépôt du dossier**

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### PERSONNE CONCERNEE

NOM : .....

NOM de JEUNE FILLE : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Ancienne profession : .....

### OBLIGES ALIMENTAIRES

DEGRE DE PARENTE : ☐ ENFANT ☐ PETIT-ENFANT

Conjoint :

NOM : .....

NOM : .....

NOM de jeune fille : .....

NOM de jeune fille : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Date et lieu de naissance : .....

.....

.....

ADRESSE & Téléphone .....

.....

DEGRE DE PARENTE : ☐ ENFANT ☐ PETIT-ENFANT

Conjoint :

NOM : .....

NOM : .....

NOM de jeune fille : .....

NOM de jeune fille : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Date et lieu de naissance : .....

.....

.....

ADRESSE & Téléphone : .....

.....

DEGRE DE PARENTE : ☐ ENFANT ☐ PETIT-ENFANT

Conjoint :

NOM :.....

NOM :.....

NOM de jeune fille :.....

NOM de jeune fille :.....

Prénom :.....

Prénom :.....

Date et lieu de naissance :.....

Date et lieu de naissance :.....

.....

.....

ADRESSE & Téléphone :.....

.....

DEGRE DE PARENTE : ☐ ENFANT ☐ PETIT-ENFANT

Conjoint :

NOM :.....

NOM :.....

NOM de jeune fille :.....

NOM de jeune fille :.....

Prénom :.....

Prénom :.....

Date et lieu de naissance :.....

Date et lieu de naissance :.....

.....

.....

ADRESSE & Téléphone:.....

.....

DEGRE DE PARENTE : ☐ ENFANT ☐ PETIT-ENFANT

Conjoint :

NOM :.....

NOM :.....

NOM de jeune fille :.....

NOM de jeune fille :.....

Prénom :.....

Prénom :.....

Date et lieu de naissance :.....

Date et lieu de naissance :.....

.....

.....

ADRESSE & Téléphone :.....

.....