

ASSOCIATION  
**LES JARDINS**  
ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR  
PERSONNES AGEES DEPENDANTES

---

RUE DES MARAICHERS  
57400 SARREBOURG

Demande d'Admission  
*En Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes*

**L'ADMISSION NE SERA PRONONCEE  
QUE SI LES DOSSIERS ADMINISTRATIF ET MEDICAL  
SONT RECONNUS COMPLETS.**

- **EHPAD**
- **UNITE ALZHEIMER**
- **ACCUEIL TEMPORAIRE**
- **ACCUEIL DE JOUR**

**NOM :**

**PRENOM :**

**GROUPE GIR** \_\_\_\_\_

**DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION (copies) :**

- ✓ Livret de famille ou carte nationale d'identité valide,
- ✓ Attestation d'immatriculation à la sécurité sociale,
- ✓ Acte de naissance,
- ✓ Carte vitale,
- ✓ Carnet de vaccination,
- ✓ Carte de mutuelle,
- ✓ Justificatifs des ressources (déclarations fiscales des divers organismes de pensions),
- ✓ 1 R.I.B.,
- ✓ L'autorisation de prélèvement renseignée (à l'entrée en établissement),
- ✓ Le règlement de fonctionnement signé,
- ✓ Le contrat de séjour signé,
- ✓ Selon le cas, l'ordonnance de mise sous tutelle ou curatelle.

Adm. 1

**Personne(s) concernée(s) :**

Adresse :

Tél. :

Demande d'inscription présentée par :

En qualité de :

Personne(s) à joindre pour le suivi du dossier :

- administratif :

- de la vie quotidienne :

Adresse :

Tél. :

Motifs de la demande :


Raisons du choix de la structure :


<b>ETAT CIVIL</b>
-------------------

Personne concernée

Nom :

Prénom (1) :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Niveau d'études :

Profession antérieure :

Nationalité :

Conjoint(e)

Nom :

Prénom (1) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Profession antérieure :

Nationalité :

Si remariage, nom et prénom du précédent conjoint :

**Situation de famille :**

- |                        |                          |           |
|------------------------|--------------------------|-----------|
| Célibataire            | <input type="checkbox"/> |           |
| Marié(e) ou remarié(e) | <input type="checkbox"/> | depuis le |
| Veuf(ve)               | <input type="checkbox"/> | depuis le |
| Divorcé(e)             | <input type="checkbox"/> | depuis le |
| Séparé(e)              | <input type="checkbox"/> | depuis le |
| Vit maritalement       | <input type="checkbox"/> | depuis le |

## ENVIRONNEMENT

### ENFANTS

Nombre :

<b>Nom</b>		<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>		<b>Prénom</b>	
<i>Adresse</i>		<i>Adresse</i>	
<u><i>complète</i></u>		<u><i>complète</i></u>	
Tél.		Tél.	
Email		Email	

<b>Nom</b>		<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>		<b>Prénom</b>	
<i>Adresse</i>		<i>Adresse</i>	
<u><i>complète</i></u>		<u><i>complète</i></u>	
Tél.		Tél.	
Email		Email	

<b>Nom</b>		<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>		<b>Prénom</b>	
<i>Adresse</i>		<i>Adresse</i>	
<u><i>complète</i></u>		<u><i>complète</i></u>	
Tél.		Tél.	
Email		Email	

**FRERES ET SŒURS**

**AUTRES**

<b>Nom</b>		<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>		<b>Prénom</b>	
<i>Adresse</i>		<i>Adresse</i>	
<u><i>complète</i></u>		<u><i>complète</i></u>	
Tél.		Tél.	
Email		Email	

<b>Nom</b>		<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>		<b>Prénom</b>	
<i>Adresse</i>		<i>Adresse</i>	
<u><i>complète</i></u>		<u><i>complète</i></u>	
Tél.		Tél.	
Email		Email	

<b>Nom</b>		<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>		<b>Prénom</b>	
<i>Adresse</i>		<i>Adresse</i>	
<u><i>complète</i></u>		<u><i>complète</i></u>	
Tél.		Tél.	
Email		Email	

## HABITAT

Le demandeur vit ou a vécu :

<u>Localisation</u>	urbaine	<input type="checkbox"/>	rurale	<input type="checkbox"/>
<u>Type</u>	appartement	<input type="checkbox"/>	maison	<input type="checkbox"/>
<u>Statut</u>	locataire	<input type="checkbox"/>	propriétaire	<input type="checkbox"/>
			usufruitier	<input type="checkbox"/>

Observations : (Eventuellement : habitat occupé la plus grande partie de la vie) :

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

## CONDITIONS DE VIE

La personne habite ou habitait :

Seule <input type="checkbox"/>	Avec son conjoint <input type="checkbox"/>	Chez ses enfants <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
Du.....	Au.....		

Elle reçoit ou recevait l'aide de :

Famille <input type="checkbox"/>	Voisins <input type="checkbox"/>	Ami(e)s <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Certains services :

Foyer restaurant <input type="checkbox"/>	Aide ménagère <input type="checkbox"/>	Portage de repas <input type="checkbox"/>	S.A.D <sup>i</sup> <input type="checkbox"/>
HAD <sup>ii</sup> <input type="checkbox"/>	Kiné <input type="checkbox"/>	Tierce personne <input type="checkbox"/>	Garde nuit <input type="checkbox"/>
			Autre <input type="checkbox"/>

Le demandeur vient d'un autre établissement :

Hôpital <input type="checkbox"/>	Long séjour <input type="checkbox"/>	Maison de retraite <input type="checkbox"/>	Foyer logement <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------------------	---	---	--------------------------------

Nom : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Du : ..... Au : .....

## PRATIQUES

Langue(s) usuelle(s) : .....

Religion : .....  Pratique(e)  Non pratiquant(e)

**Linge<sup>iii</sup> personnel lavé par** .....  **La famille (1)**  **L'établissement (1)**

Le futur résident est .....  Fumeur  Non-fumeur

## PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SEJOUR

A titre payant                      Par l'intéressé   
     Par sa famille

Aide sociale                      Oui                       Non

Allocation logement              Oui                       Non

**Caisses de retraite principale :** .....  
 Montant (mensuel ou trimestriel) : .....

<u>Caisses de retraite complémentaires :</u>	<u>Montants :</u>
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Autres ressources (ex : pensions alimentaires, militaire, revenus fonciers...) :  
 .....  
 .....

La personne est-elle sous **curatelle** ?              Oui                       Non   
 Nom et adresse du curateur : .....

La personne est-elle sous **tutelle** ?              Oui                       Non   
 Nom et adresse du tuteur : .....

## ASSURANCE MALADIE

Sécurité sociale :  
 Nom de la Caisse : .....  
 Adresse : .....  
 Sous le numéro : .....

Mutuelle :  
 Nom et adresse : .....  
 Sous le numéro : .....

Médecin traitant : .....  
 Adresse : .....  
 N° de téléphone : .....

Pharmacie souhaitée : .....

Autres renseignements :  
 Carte d'invalidité              Oui                       Non  depuis le.....

**ASSOCIATION LES JARDINS**  
**Rue des Maraîchers**  
**57403 SARREBOURG CEDEX**

**DEPOT D'ARGENT OU D'OBJET DE VALEUR**

*Conformément à la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 relative à la responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé et au décret d'application n° 93-550 du 27 mars 1993.*

Je soussigné(e) .....

Admis(e) au sein des établissements de l'Association "Les Jardins"

Déclare :

1. Déposer les valeurs et objets précieux ci-dessous :

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

2. N'avoir ni valeur, ni objet précieux à déposer au coffre de l'Association "Les Jardins"
3. Avoir été invité(e) à cette formalité et m'y refuser de mon plein gré, dégageant ainsi la responsabilité de l'administration en cas de perte, vol ou détérioration.

*SARREBOURG, le*

**Le déclarant**

**Le Directeur**

**ASSOCIATION "LES JARDINS"  
Rue des Maraîchers  
57403 SARREBOURG CEDEX**

Je soussigné(e) ....., proche de M. ou Mme....., en qualité de .....(fille, fils, frère, sœur, etc...), certifie avoir pris connaissance des règlements de la structure Alzheimer, et accepte la décision des médecins de transférer M. ou Mme ..... en structure d'EHPAD selon son état de dépendance.

*Sarrebourg, le*

**Signature**

---

**ASSOCIATION "LES JARDINS"  
Rue des Maraîchers – BP 90116  
57403 SARREBOURG CEDEX**

Je soussigné(e), Madame/Monsieur\*.....,

- **souhaite,\***
- **ne souhaite pas,\***

que ma présence au sein des établissements de l'Association "Les Jardins" soit révélée lors de toute communication téléphonique.

*SARREBOURG, le*

**Signature**



## AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné.e, .....(résident.e) ou  
.....  
demeurant.....  
..... en ma qualité de  
....., **autorise / n'autorise pas\***  
l'Association « Les Jardins » située rue des Maraîchers à SARREBOURG (57400) à me photographier ou à  
photographier Madame/Monsieur.....

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise  
l'Association « Les Jardins » à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies/vidéos prises  
dans le cadre de la présente.

Les photographies/vidéos pourront être exploitées et utilisées directement par l'Association « Les Jardins »,  
sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, sans limitation de  
durée, intégralement ou par extraits et notamment pour :

- ◆ La presse,
- ◆ Le livret d'accueil,
- ◆ Les cartes postales,
- ◆ Les expositions,
- ◆ La publicité,
- ◆ Le site internet de l'Association « Les Jardins » (ehpadlesjardins.fr)
- ◆ Une projection publique,
- ◆ Un concours,
- ◆ La page sociale Facebook (Association « Les Jardins » - EHPAD – Sarrebourg)
- ◆ Autre...
- ◆

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies  
susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies de la présente,  
dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

La personne photographiée ou son représentant légal se reconnaît être entièrement rempli.e de ses droits et  
ne pourra prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés par la présente.

La personne photographiée ou son représentant légal garantit n'être lié.e à aucun contrat exclusif relatif à  
l'utilisation de son image ou de son nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution de la présente, il est fait attribution expresse de  
juridiction aux tribunaux français.

Cette autorisation est valable pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

*Sarrebourg, le*  
**Signature**

**Association "Les Jardins"**  
**Rue des Maraîchers**  
**57403 SARREBOURG CEDEX**

Madame, Monsieur,

Vous êtes résident(e) de l'Association "Les Jardins" et vous souhaitez être accompagné(e) dans vos démarches durant votre séjour...

La loi du 4 mars 2002 vous autorise à désigner une personne de confiance.

Cette personne de confiance est librement choisie par vous-même, ce peut être un parent, un proche, ou votre médecin traitant.

La mission de cette personne de confiance est définie par vous-même. Elle pourra selon votre souhait :

- Éventuellement vous accompagner pour toutes vos démarches au sein de l'association "Les Jardins"
- Assister aux entretiens médicaux pour vous aider dans vos décisions pour consentir à des actes médicaux.
- **La personne de confiance pourra aussi être consultée par le médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permet pas d'exprimer vous-même votre volonté et de recevoir l'information.**

**Important :**

En aucun cas, nous n'autoriserons la personne de confiance à accéder à votre dossier médical en dehors de votre présence et sans votre accord exprès.

**Comment désigner la personne de confiance ?**

- Vous devez le faire par écrit,
- Cette désignation est valable pour toute la durée de votre séjour, sauf choix contraire de votre part,
- Vous pourrez à tout moment révoquer ce choix.

**Personne de confiance et personne à prévenir :**

Lors de votre séjour, on vous demande d'indiquer la personne à prévenir en cas de besoin. Cette personne à prévenir peut être distincte de la personne de confiance. La personne de confiance est désignée par écrit signé de votre part et à vocation à être présente à vos côtés chaque fois que vous le souhaitez.

**DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE  
EN APPLICATION DE LA LOI DU 4 MARS 2002**

Je soussigné(e) ..... résident(e) de l'Association "Les Jardins", désigne  
Madame, Monsieur ..... en tant que personne de confiance.

J'autorise Madame, Monsieur ..... à m'accompagner dans mes démarches, à assister aux entretiens médicaux. J'ai bien noté que Madame, Monsieur ..... pourra être consulté(e) par le médecin responsable au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté et de recevoir directement une information médicale.

La désignation de Madame, Monsieur, ....., en qualité de personne de confiance est valable pour la durée de mon séjour.

*Fait à ....., le .....*  
**Signature de la personne de confiance,**

*Fait à ....., le .....*  
**Signature du résident**

*Je décide de révoquer la désignation de Madame, Monsieur, ....., en qualité de personne de confiance.*

**La personne de confiance est distincte de la personne à prévenir, qui est :**

Monsieur ou Madame.....

# PROJET DE VIE PERSONNALISE

## HISTOIRE DE VIE

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

✚ Situation familiale :

- a. Marié(e)
- b. Divorcé(e)
- c. Célibataire
- d. Veuf(ve)

✚ Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

✚ Nombre de petits enfants : \_\_\_\_\_

✚ Nombre d'arrière petits enfants : \_\_\_\_\_

✚ Autres liens familiaux : \_\_\_\_\_

✚ Proximité de l'entourage : \_\_\_\_\_

✚ Lieu de vie et type d'habitat

- e. Appartement
- f. Maison
- c. Institution
- d. Chez un familier

✚ Animaux et compagnie :

- g. Non
- h. Oui Le(s)quel(s) : \_\_\_\_\_

✚ Croyances religieuses :

- i. Non
- j. Oui Laquelle : \_\_\_\_\_

✚ Métier(s) exercé(s) : \_\_\_\_\_

✚ Quels sont vos souhaits en matière d'animation : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

✚ Choix de lecture : \_\_\_\_\_

✚ Quels sont vos attentes d'une maison de retraite ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

✚ Petite biographie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

✚ Pensez à apporter des photos de famille et/ou un album photo

**Association « Les Jardins »**  
**Rue des Maraîchers**  
**57403 SARREBOURG CEDEX**

**Tarif EHPAD**  
**Année 2022**

	HEBERGEMENT	DEPENDANCE			TOTAL
		GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	
ACCUEIL DE JOUR	44,50 e	0	0	0	44,50 e
ACCUEIL TEMPORAIRE	69,00 e	0	0	0	69,00 e
ACCUEIL TEMPORAIRE Chambre doublée	60,00 e	0	0	0	60,00 e
ACCUEIL DEFINITIF Chambre seul	56,20	20,22	12,83	5,44	56,20 + GIR
ACCUEIL DEFINITIF Chambre doublée	48,89	20,22	12,83	5,44	48,89 + GIR

ASSOCIATION  
**LES JARDINS**  
ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR  
PERSONNES AGEES DEPENDANTES

---

RUE DES MARAICHERS  
57403 SARREBOURG CEDEX

**DOSSIER MEDICAL**

*Demande pour :*

- EHPAD**
- UNITE ALZHEIMER**
- ACCUEIL TEMPORAIRE**
- ACCUEIL DE JOUR**

**NOM :**

**PRENOM :**

**GROUPE GIR** \_\_\_\_\_

**Certificat médical de Mme/M. :**

**Né(e) le :**

*A faire remplir par votre médecin traitant ou un médecin hospitalier et à faire parvenir sous enveloppe portant la mention "Confidentiel médical" au médecin coordonnateur du ou des établissements choisis, en complément de la demande d'admission.*

**Motif de la demande :**

**Médecin traitant ou hospitalier :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Origine de la demande d'admission (plusieurs possibilités de réponses)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La personne elle-même  | <input type="checkbox"/> Un établissement hospitalier : _____ |
| <input type="checkbox"/> Sa famille             | <input type="checkbox"/> Le médecin traitant                  |
| <input type="checkbox"/> Service social ou CLIC | <input type="checkbox"/> Réseau : _____                       |
| <input type="checkbox"/> Une tutelle            |   |

**Principaux antécédents et dates :**

**Médicaux / Chirurgicaux / Psychiatriques / avec ou sans hospitalisation**

**Pathologies évolutives actuelles :**

**Allergies connues :**

\_\_\_\_\_

**Traitements en cours :**

**Motif d'une surveillance médicale nécessaire :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE

## État Général

Bon       Moyen       Mauvais       Soins Palliatifs

Taille : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

## Aspects relationnels

Communication verbale :

Aisée       Difficile       Troubles de la compréhension       Troubles phasiques

## Comportement

Cohérent       Lucide mais ralenti       Désorienté       Incohérent

MMS si connu \_\_\_\_ /30

Date : \_\_\_\_\_

Terrain anxieux       Etat dépressif  
 Opposition       Agressivité  
 Agitation       Déambulation       Risque de sortie(s) à l'insu de l'établissement  
 Troubles du sommeil       Inversion du rythme nyctéméral

Suivi par un hôpital de jour et/ou une consultation mémoire (Si oui, veuillez préciser) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Appareillage et prothèses

Cannes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Prothèse(s) auditive(s)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Déambulateur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Lunettes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Prothèse(s) dentaire(s)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



## Soins techniques

La personne dispose-t-elle de soins réguliers tels que :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pansements<br><input type="checkbox"/> Héparine sous cutanée<br><input type="checkbox"/> Voie veineuse centrale<br><input type="checkbox"/> Sonde vésicale<br><input type="checkbox"/> Cystostomie<br><input type="checkbox"/> Insuline<br><input type="checkbox"/> Escarres - Localisation : _____ | <input type="checkbox"/> Risque de fausse route<br><input type="checkbox"/> Perfusion<br><input type="checkbox"/> Sonde nasogastrique<br><input type="checkbox"/> Gastrostomie<br><input type="checkbox"/> Dialyse<br><input type="checkbox"/> Colostomie |
|--|---|

Change complet :             Jour             Nuit

Porteurs de germes multi résistants ou ERV             Oui             Non

Besoin d'Isolement             Oui             Non

Localisation : \_\_\_\_\_

Germe(s) : \_\_\_\_\_

Kinésithérapie d'entretien     Oui                      Kinésithérapie quotidienne     Oui

Coordonnées de l'infirmier(e) actuel(le) et/ou du kinésithérapeute


Horaires auxquels vous pouvez être joint à votre cabinet médical :

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Date, Signature et cachet :**

# GRILLE AGGIR à compléter

Nom de la personne âgée : \_\_\_\_\_

## GRILLE D'AUTONOMIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Renseignez obligatoirement la grille et tous les cadres

### CONSEQUENCES DES DEFICIENCES DETERMINATION DU GROUPE AGGIR

A : Fait seul(e) spontanément (S), totalement (T), correctement (C), habituellement (H)

B : Fait soit non spontanément et/ou non totalement et ou non correctement et/ou non habituellement

C : Ne fait pas

Pour chacune des variables et sous-variables, une réponse positive pour les quatre adverbess correspond au codage A, une réponse négative aux quatre adverbess au codage C et une réponse négative de 1 à 3 adverbess seulement au codage B.

Exemple : S T C H

A la réponse est oui pour tous les adverbess

B la réponse est non pour 1 à 3 adverbess

C la réponse est non pour tous les adverbess

A, B ou C

<b>COHERENCE</b> : conserver et/ou se comporter de façon logique et sensée	
<b>ORIENTATION</b> : se repérer dans le temps, les moments de la journée, les lieux	
<b>TOILETTE</b> : hygiène corporelle haut : A - B - C bas : A - B - C	
<b>HABILLAGE</b> : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage : haut : A - B - C moyen : A - B - C bas : A - B - C	
<b>ALIMENTATION</b> : manger les aliments préparés : se servir (1) : A - B - C manger : A - B - C	
<b>ELIMINATION</b> : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire : A - B - C fécale : A - B - C	
<b>TRANSFERTS</b> : se lever, se coucher, s'asseoir	
<b>DEPLACEMENTS INTERIEURS (2)</b> : avec <input type="checkbox"/> .canne, <input type="checkbox"/> .déambulateur, <input type="checkbox"/> .fauteuil roulant	
<b>DEPLACEMENTS EXTERIEURS</b> : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
<b>COMMUNICATION</b> à distance : téléphone, sonnette, alarme	

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature et cachet

**NB** : (1) Se servir : peler un fruit, ouvrir un yaourt, couper sa viande, se verser un verre




(2) L'utilisation par la personne seule de cannes, d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant peut lui permettre d'être parfaitement indépendante pour ses déplacements

**ARTICLE L311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)**

*« Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régional de santé et le président du conseil général. »*

Par arrêté conjoint en date du 9 février 2011, le Directeur Général de l'ARS, le Président du Conseil Général et le Préfet ont fixé la liste des personnes qualifiées au titre de l'article R 3111-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Les personnes qualifiées au titre de l'article L311-5 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), auprès desquelles toutes personnes prises en charge dans un établissement médico-social peut faire appel sont :

-  Madame Danièle VISY
-  Monsieur Marius HAMANN
- 

Ces personnes sont joignables par courrier à Nom prénom de la personne qualifiée - dispositif "personnes qualifiées" - 28/30 Avenue André Malraux 57046 Metz Cedex 1 ou par téléphone au 03 87 56 30 30 en demandant au standard le service de la personne qualifiée.

Si besoin, le département a un médiateur. Le médiateur ne reçoit pas directement les demandeurs. Il doit obligatoirement être saisi par écrit (en y incluant les pièces justificatives) :

- par courrier postal : Médiateur Départemental, 1 rue du Pont Moreau, CS 11096, 57036 METZ Cedex 1
- par courriel : [mediateur57@moselle.fr](mailto:mediateur57@moselle.fr)

Il existe aussi des associations d'utilisateurs agréés que l'on peut trouver sur le site de l'ARS (<https://solidarites-sante.gouv.fr>) pour 2019.

---

<sup>i</sup> Soin à domicile

<sup>ii</sup> Hospitalisation à domicile

<sup>iii</sup> Le linge doit être étiqueté