Groupe Hospitalier Rance-Emeraude
Saint-Malo - Dinan - Cancale
Ensemble, pour votre Santé

FICHE FINANCEMENT EHPAD/USLD

Dossier concernant : ……..

Nombre d'obligés alimentaires : ……

Carte d'invalidité avant 65 ans : OUI ☐ NON ☐

RESSOURCES ET CHARGES

PENSIONS ET AUTRES REVENUS (fermage, loyer, viager…) : joindre un justificatif de l'année en cours		**DEPENSES MENSUELLES**	
Nom et adresses des caisses	Montant des pensions	Dépenses	Montant
		MUTUELLE	
		TAXE D'HABITATION	
		TAXE FONCIERE	
		RESPONSABILITE CIVILE	
		COTISATIONS CONTRAT OBSEQUES	
		FRAIS DE TUTELLE	
TOTAL RESSOURCES		**TOTAL DEPENSES**	
MANQUE PAR MOIS		**RESSOURCES DU CONJOINT**	

Allocation logement ☐	N° allocataire : ……
CAF ☐ MSA ☐	
MONTANT :	

Propriétaire ☐ Locataire ☐ Usufruit ☐

Biens ayants fait l'objet d'une donation datant de moins de 10 ans ☐

Date de donation……Nature……

AUTRES CAPITAUX (épargne disponible) : coordonnées des organismes bancaires	Durée du financement ou dossier nécessitant une demande d'aide sociale ?
……	……
……	……
	Dossier nécessitant une demande d'aide sociale ?
	OUI ☐ NON ☐

-Si contrat d'assurance vie : joindre une copie du ou des contrats.

-Existe-t-il un contrat obsèques ? OUI ☐ NON ☐

-Si non, l'information concernant les contrats obsèques a-t-elle été transmise ? OUI ☐ NON ☐

Nom et Prénom de la personne ayant produit la demande

Lien de parenté

Certifié exact

Fait à SAINT-MALO le

Signature