



# Hébergement Temporaire d'Urgence



Période exceptionnelle sans reste à charge

Vous ne pouvez pas rentrer ou rester chez vous ?



Vous n'avez pas d'intervenant à domicile ou ils ne sont pas disponibles à votre retour ?



Vous avez besoin d'un aménagement avant de rentrer chez vous ?



Votre aidant ne peut pas vous accompagner ?

Dès 60 ans  
1 mois maximum



Sur sollicitation exclusive du DAC Corsica

L'accueil en Hébergement Temporaire d'Urgence permet de vous accueillir **en EHPAD** pour une **durée d'un mois maximum**.

Ce dispositif vous offre une solution concrète afin d'organiser votre retour à la maison de façon sécurisée et organisée.



## En pratique



**Votre équipe de soins vous propose l'hébergement temporaire d'urgence, vous informe sur le(s) établissement(s) ayant des places proches de chez vous et de l'éventuel coût à votre charge.**



**Si vous avez des questions, vous pouvez contacter notre équipe :**

**04 95 30 31 91**



**Un fois votre accord donné, nous organisons votre entrée avec l'équipe hospitalière et l'EHPAD choisi disponible**



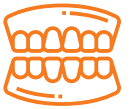
**Dès votre arrivée à l'EHPAD, notre équipe préparera votre retour à domicile.**

# Préparer votre séjour



- **Nécessaire de toilette** (peigne, brosse, brosse à dents, dentifrice, savon / gel douche, shampoing....),

- **Vos appareils (auditifs, dentaires)**



- **Vos lunettes de vue** (de près et de loin)

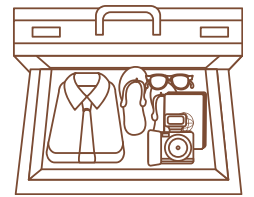


avec leur boîte de rangement, le nécessaire pour le nettoyage et des piles marqués à votre nom.

- **Vos aides techniques** (cannes, déambulateurs...)



- **Vos vêtements pour 1 mois** si personne ne peut entretenir votre linge.



De préférence marquez vos affaires à votre nom.

**Rapprochez-vous de l'EHPAD qui va vous accueillir pour avoir plus d'informations.**

EHPAD  
du dispositif

**Vous souhaitez plus de  
renseignement contacter  
notre équipe DAC :  
04 95 30 31 91**



44 places

# Coût du séjour



Pour ce séjour, il n'y aura aucun reste à charge\* en raison de la période exceptionnelle de votre admission.

\*Après mobilisation de l'ensemble des aides.

## Votre consentement



Nom de la personne ou son représentant légal

---

**Je suis consentant** à mon admission à l'EHPAD

\_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au

\_\_\_\_\_ pour une durée de \_\_\_ jours

ainsi qu'à l'**échange de partage des données** de santé nécessaire à ma prise en charge.

OUI

NON\*

**\*Si je ne suis pas d'accord, j'informe un professionnel de mon établissement ou je contacte le DAC Corsica par téléphone**

**04 95 30 31 91**