Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

cerfa
N° 14732*01

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 / SAD[1] ☐ 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) *(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)* _____ Prénom(s) _____

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

CONDUITES A RISQUE	OUI	NON
Alcool		
Tabac		
Sevrage		

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE	NE SAIT PAS	OUI	NON
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		
Gastrostomie		
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

La Filandière
Centre d'Hébergement Gérontologique

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de trouver ci-après un dossier contenant des informations à lire que vous pouvez conserver.

Bien entendu, nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La Direction

La Filandière
Centre d'Hébergement Gérontologique

FACTURATION DES FRAIS DE SÉJOUR

La facturation se compose de :

- d'un forfait hébergement à votre charge (révisé tous les ans)
- d'un forfait dépendance à votre charge (équivalent au GIR 5-6).
- d'un forfait soins versé à l'établissement par les organismes de Sécurité Sociale.

- Si vos ressources sont suffisantes, vous êtes considéré «payant».

- Si vos ressources ne sont pas suffisantes pour régler vos frais de séjour, vous pourrez bénéficier de l'aide sociale aux personnes âgées en établissement (sous réserve d'accord du Département).

Si vous êtes hospitalisé, nous sommes tenus d'assurer la réservation de votre chambre pendant 30 jours.
Il vous appartient pendant cette période de régler un prix journée dit de « réservation » qui est égal à la différence entre le prix de journée hébergement et le forfait hospitalier.

Vous pouvez vous absenter ou prendre des vacances à raison de 35 jours dans l'année civile.

Le règlement des forfaits de séjour sont à adresser à l'ordre de

Perception de DEVILLE LES ROUEN
N° CCP / 8000 57 F Rouen

Le service des admissions est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

La Filandière
Centre d'Hébergement Gérontologique

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PRISES EN CHARGE MÉDICALES

I - Sont pris en charges

- Les médicaments,
- Le forfait hospitalier,
- Les soins pratiqués par l'ensemble du personnel soignant,
- La kinésithérapie,
- L'ergothérapie,
- Les consultations effectuées par le médecin traitant,
- Le petit matériel médical,
- Les analyses biologiques.

II - Ne sont pas pris en charge

- Toutes les consultations spécialisées (honoraires et prescriptions de spécialistes),
- Les consultations concernant les appareils auditifs, les lunettes, les appareils dentaires ...,
- Les transports pour consultation ou hospitalisation à l'extérieur de l'établissement.

La Filandière
Centre d'Hébergement Gérontologique

ENSEMBLE DES AIDES AUQUELLES VOUS POUVEZ PRÉTENDRE

Si vos ressources ne sont pas suffisantes pour régler vos frais de séjour, vous pouvez bénéficier de certaines aides.

I - l'Allocation Logement à caractère Social (ALS)

L'allocation logement à caractère social est une aide destinée aux personnes à faibles revenus. Elle peut être versée pour un résident qui est hébergé en EHPAD.

L'ASL est financée par le Fond National d'Aide au Logement et est versée par la Caisse d'Allocation Familiale (CAF), ou la Caisse de Mutuelle Sociale Agricole (MSA) si vous relevez du régime agricole ou, des organismes spécifiques de prestations familiales si vous dépendez d'un autre régime.

Pour bénéficier de l'allocation logement, il faut remplir certaines conditions :

1- avoir 65 ans ou 60 ans en cas d'inaptitude de travail (ou dérogation d'âge),
2- Etre de nationalité française ou d'un pays ayant passé une convention de sécurité sociale avec la France,
3- Etre résident dans un établissement d'hébergement.

Le montant de l'ALS varie en fonction :

A- de la zone géographique où est situé le logement,
B- de la dépense du logement,
C- du niveau de ressources,
D- de la situation familiale.

II - l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

L'allocation Personnalisée d'Autonomie est une aide financière destinée à aider les personnes âgées à s'acquitter du tarif dépendance de leur structure d'accueil.

Elle est versée par le Département directement à l'établissement sauf cas particuliers. Dans ces cas, il vous appartient de régler le tarif dépendance dont le coût est couvert en partie par cette allocation.

La décision d'attribution est prise par le Président du Département sur proposition de la Commission Départementale de l'APA.

Cette aide financière est variable en fonction du degré d'autonomie (GIR) de la personne accueillie.

Les 2 premiers correspondent à une dépendance élevée (GIR 1-2) ou moyenne (GIR 3-4). Le montant restant à la charge de la personne correspond à une dépendance faible (GIR 5-6).

L'APA vient en aide aux personnes âgées qui acquittent des tarifs correspondant à une dépendance élevée ou moyenne.

Les tarifs dépendance (propres à chaque établissement) sont arrêtés tous les ans par le Président du Département.

L'APA ne fait l'objet d'aucun recours sur la succession du bénéficiaire.

III - l'aide sociale

Mise en œuvre et financé par le Département, l'aide sociale a pour objet de prendre en charge les frais d'hébergement et d'entretien des personnes accueillies en EHPAD.

En terme juridique et contrairement aux autres prestations, l'aide sociale aux personnes âgées est dite « subsidiaire ». Autrement dit, elle ne peut être mise en place que si la solidarité familiale ne peut pas palier à l'impossibilité de la personne âgée : absence de famille, revenu insuffisant des obligés alimentaires.

Pour y bénéficier, il faut remplir certaines conditions :

1- être âgé de 65 ans ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail (ou dérogation d'âge),
2- résider en France de façon habituelle,

Les ressortissants étrangers doivent, pour bénéficier de l'aide sociale, justifier de la régularité de leur séjour. Toutefois, les ressortissants de pays ayant signé une convention ou une charte d'assistance sociale avec la France peuvent y prétendre.

3- disposer de ressources inférieures au montant de la dépense envisagée.

Les ressources s'entendent comme l'ensemble des revenus du foyer c'est-à-dire :

A- les retraites et les complémentaires,
B- la valeur en capital des biens immobiliers non productifs de revenu,
C- Les aides de la famille : l'époux ainsi que les obligés alimentaires.

<u>Ne sont pas prises en compte : la retraite du combattant, les pensions attachées aux distinctions honorifiques et les prestations familiales</u>.

La décision d'admission à l'aide sociale peut être révisée dans différentes circonstances :

1- En cas de changement de situation, c'est-à-dire lorsque des éléments nouveaux modifient la situation qui était celle à la date de la demande,
2- En cas de déclaration incomplète ou erronée.

Les décisions du Président du Département relatives à l'attribution de l'aide sociale sont susceptibles de recours :

1- Recours amiable, devant l'autorité qui a pris la décision (en l'occurrence le Président du Département) ;
2- Recours contentieux, dans les 2 mois suivant la notification de la décision, devant les juridictions de l'aide sociale : commission départementale et commission centrale de l'aide sociale puis, le cas échéant, devant le Conseil d'Etat.

Les litiges relatifs à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire doivent être portés devant les juridictions de droit commun c'est-à-dire le Juge aux Affaires Familiales.

L'obligation alimentaire

Le Code Civil prévoit deux mécanismes de solidarité familiale :

A- Un devoir de secours entre époux

Si les ressources du conjoint resté au domicile constituent la totalité ou une partie des revenus du ménage, il est tenu de participer aux frais d'hébergement du conjoint accueilli, avec toutefois certaines limites.

B- Une obligation alimentaire entre ascendants et descendants

Les enfants (légitimes ou adoptifs) ont l'obligation de contribuer à l'entretien de leurs parents âgés. Cette obligation vaut aussi pour les gendres et les belles-filles veufs, sauf si leurs enfants produisant le lien d'affinité sont décédés.

Lors de l'instruction de la demande d'aide sociale, les services du Département vont donc rechercher s'il existe des obligés alimentaires et, dans l'affirmative, s'ils sont en mesure de contribuer financièrement à la prise en charge du demandeur. Le montant de la contribution de chacun des obligés est alors proposé en fonction de ses ressources.

Le non respect de l'obligation alimentaire constitue un délit sanctionné par le code pénal.

La Filandière
Centre d'hébergement gérontologique

TROUSSEAU NÉCESSAIRE À L'ENTRÉE DU RÉSIDENT

(le marquage du linge est effectué par nos soins)

- ✓ 2 robes de chambre
- ✓ 7 chemises de nuit ou pyjamas
- ✓ 7 tricots de corps
- ✓ 10 slips ou culottes
- ✓ 7 robes ou pantalons
- ✓ 10 chemises ou polos
- ✓ 4 gilets
- ✓ 7 paires de chaussettes, de bas ou de collant
- ✓ 2 paires de chaussons
- ✓ 1 paire de chaussures
- ✓ 10 mouchoirs
- ✓ 1 nécessaire de toilette comprenant :
  - ⇨ 1 brosse à cheveux, 1 peigne, des barrettes ou pinces à cheveux…
  - ⇨ 1 brosse à dents, 1 tube de dentifrice, 1 gobelet (une boite à prothèse dentaire si la personne en est porteuse)
  - ⇨ du savon + boîte à savon, ou du gel douche
  - ⇨ 1 rasoir + lames, mousse à raser,
  - ⇨ du shampoing, lait corporel, parfum, déodorant…
  - ⇨ Vernis à ongle, rouge ou baume à lèvre

Nous demandons aux familles de vérifier régulièrement le contenu de la trousse de toilette afin d'assurer son approvisionnement en fonction de vos visites (produits d'hygiène).

Nous rappelons aux familles qu'il n'est pas nécessaire de fournir de sous-vêtements pour les personnes incontinentes (slips, culottes).

Le linge « DAMART » et/ou « PURE LAINE » ne peut être entretenu par l'établissement. Par conséquent, il est demandé aux familles de bien vouloir entretenir le linge délicat.

Cette liste est établie pour couvrir un besoins hebdomadaire. Loin d'être exhaustive, elle doit être adaptée en fonction de la pathologie, des habitudes et des besoins de la personne âgée.

QUELQUES RECOMMANDATIONS PRATIQUES POUR LE TROUSSEAU

- **Sous-vêtements, linge de corps, linge de nuit :**
  - Privilégier le coton
  - Pour les combinaisons, privilégier le coton ou le synthétique

- **Pulls, gilets**
  - Privilégier l'emploi de vêtements type « laine polaire » ou à composition majoritaire acrylique, confortables et chauds à la fois
  - Favoriser les lainages labellisés *« Total Easy Care »* (déclinaison issue du label Woolmark®) qui supportent mieux les cycles d'entretien fréquents

- **Pantalons, jupes, chemisiers, chemises, robes**,
  - Attention à ne pas mettre de vêtements pour lesquels le code d'entretien précise l'interdiction du lavage

- **Robes de chambre**
  - Eviter la pure laine vierge et la « laine des Pyrénées », interdites au lavage

Certains articles ne peuvent être entretenus en blanchisserie professionnelle. C'est le cas notamment :

- des articles en cuir, daim, fourrure
- des articles de « haute couture » ou de grande valeur (soies, cachemires...)
- des articles en angora, poils de chameau
- des articles dont les garnitures et ornements présentent des signes de fragilité
- des articles qui selon leur code d'entretien ne supportent aucune forme de nettoyage

La recommandation de Bulle de Linge

Sur un article « neuf » contenant de la laine, nous pouvons considérer que :
- jusqu'à 12 lavages si le vêtement n'est pas labellisé et 20 lavages sur les articles traités « Total Easy Care », l'altération de la fibre est faible, elle conserve sa souplesse, sa douceur et ses dimensions d'origine.
- au-delà, on assiste à une détérioration progressive de la fibre qui se caractérise par un retrait plus ou moins marqué et/ou un phénomène de feutrage

Nous vous remercions d'avoir choisi le service Bulle de Linge.

LE SERVICE CLIENT