



CONTRAT DE SEJOUR



Hébergement Temporaire

25 avenue Carnot
37150 BLERE

☎ : 02 47 30 85 00

📠 : 02 47 30 37 65

@ : ssiad@ehpad-blere.fr

www.ehpad-blere.fr

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
1. DURÉE DU SÉJOUR	4
2. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT	4
2.1 LE LOGEMENT	4
2.2 LA RESTAURATION	5
2.3 LE LINGE ET SON ENTRETIEN	6
2.4 L'ANIMATION	7
2.5 AIDES A L'ACCOMPAGNEMENT DES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE	7
2.6 AUTRES PRESTATIONS A LA CHARGE DU RÉSIDENT	7
2.6.1 LE TÉLÉPHONE	7
2.6.2 LE WIFI	8
2.6.3 LES SERVICES	8
2.6.4 LES TRANSPORTS	8
3. SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE	8
4. COÛT DU SÉJOUR	9
4.1 FRAIS D'HÉBERGEMENT	9
4.2 FRAIS LIÉS À LA DÉPENDANCE	10
4.3 FRAIS LIÉS AUX SOINS	10
4.4 TABLEAU DE PRISE EN CHARGE DES DISPOSITIFS MEDICAUX	11
5. CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION	12
5.1 HOSPITALISATION	12
5.1.1 HÉBERGEMENT	12
5.1.2 DÉPENDANCE	12
5.2 ABSENCES POUR CONVENANCE PERSONNELLE	12
5.3 RÉSERVATION DE CHAMBRE AVANT ADMISSION	13
6. RÉSILIATION DU CONTRAT	13
6.1 RÉSILIATION VOLONTAIRE	13
6.2 RÉSILIATION A L'INITIATIVE DE L'ÉTABLISSEMENT	13
6.2.1 INADAPTATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ AUX POSSIBILITÉS D'ACCUEIL	13
6.2.2 RÉSILIATION POUR NON RESPECT DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT OU INCOMPATIBILITÉ AVEC LA VIE COLLECTIVE	14
6.2.3 RÉSILIATION POUR DÉFAUT DE PAIEMENT	14
6.2.4 RÉSILIATION POUR DÉCÈS	14
7. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES	15
8. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SÉJOUR	16

PRÉAMBULE

Ce contrat de séjour définit les droits et les obligations de l'établissement et du résident. Il a reçu un avis favorable des instances de l'établissement.

Il est, dans un délai de quinze jours à compter de la date d'admission, à signer en deux exemplaires (un pour le résident et un pour l'établissement).

Le contrat de séjour est conclu entre :

D'une part,

L'EHPAD de Bléré situé 25 avenue Carnot 37150 BLERE, représenté par sa Directrice Madame Aude BELFILS

Et d'autre part, (* Rayer la mention inutile)

Monsieur*, Madame* _____ Prénom _____
Né(e) le __ / __ / _____ à _____

GIR : _____ TARIF : _____

Dénoté(e) le/la résidente(e) dans le présent document,
Le cas échéant, représenté(e) par :

Monsieur*, Madame* _____ Prénom _____
Né(e) le __ / __ / _____ à _____
Lien de parenté : _____

Adresse de facturation :

Dénoté(e) le représentant légal (préciser : tuteur, curateur, mandataire judiciaire à la protection des majeurs ...)

Il est convenu ce qui suit :

1. DURÉE DU SÉJOUR

Le présent contrat est conclu pour une durée déterminée à compter de la date d'admission le : __ / __ / ____.

Le présent contrat est conclu dans le cadre :

- D'un hébergement temporaire classique
- D'un hébergement temporaire Alzheimer

Le présent contrat est conclu pour une durée déterminée sur la période du _____ à 11h au _____ vers 14h. L'hébergement temporaire est d'une durée de 2 semaines à 8 semaines maximum.

Il n'est pas une solution d'attente pour un placement définitif.

La date d'admission du résident est fixée d'un commun accord. Elle correspond à la date de départ de la facturation. Si le résident décide d'arriver à une date ultérieure, dans la limite de huit jours calendaires, des frais de réservation sont facturés (tarif hébergement moins forfait hospitalier).

2. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le document « **Règlement de Fonctionnement** » remis au résident.

Tout changement dans les prestations assurées par l'établissement doit faire l'objet d'un avenant au présent contrat.

Toute modification résultant d'une décision des autorités de tarification (Agence Régionale de Santé - ARS, Conseil Départemental - CD) et qui s'impose à l'établissement, fait l'objet d'une inscription modificative au présent « contrat de séjour ». Elle est portée à la connaissance du résident ou de son représentant légal.

2.1 LE LOGEMENT

A la date de la signature du contrat, la chambre n° _____ est attribuée à Monsieur* ou Madame* _____.

(*Rayer la mention inutile)

L'établissement fournit l'électricité, le chauffage et l'eau. Il assure les tâches de ménage des chambres meublées par ses soins, les réparations du mobilier et de l'immobilier lui appartenant.

2.2 LA RESTAURATION

La restauration est assurée selon les modalités précisées dans le règlement de fonctionnement aux articles 4.1 et 4.2.2.

Les repas sont servis :

Le petit déjeuner est servi	entre 8 h 00 et 9 h 30
Le déjeuner	entre 11 h 45 et 13 h 30
Une collation est servie	entre 15 h 00 et 16 h 00
Le dîner	entre 18 h 30 et 19 h 30

Ces horaires sont susceptibles de modification en fonction des modalités de service et du rythme de vie des résidents.

Le petit déjeuner est servi en chambre, les repas en salles à manger. Le service en chambre est réservé aux personnes souffrantes et après avis médical.

Les résidents peuvent inviter leurs parents ou amis à déjeuner, en fonction des disponibilités du salon des familles (dans la limite de 8 personnes). La demande de repas doit être faite au plus tard 48 heures à l'avance, auprès du service administratif de l'établissement. Ces déjeuners sont servis à 12 heures.

Priorité sera donnée aux résidents dans l'incapacité de se déplacer à l'extérieur.

Pour des raisons de commodité, le service hôtelier propose un salon des familles par bâtiment et par jour. Il ne peut y avoir de salon des familles le jour de Noël et le jour de l'An.

Le prix de ces repas est validé chaque année par le Conseil d'administration de l'établissement.

Le tarif hébergement comprend les frais de restauration.

2.3 LE LINGE ET SON ENTRETIEN

Les modalités concernant l'entretien du linge sont précisées dans le règlement de fonctionnement à l'article 4.2.3.

La literie (draps et couvertures) est fournie et entretenue par l'établissement. Le linge personnel fourni par le résident doit être en très bon état. Il est entretenu par la blanchisserie inter hospitalière de Nazelles-Négron. L'entretien est compris dans le prix de journée. Cependant il est tout à fait possible de ne pas utiliser ce service mais sans diminution du prix de journée. Pour un traitement du linge optimal, il est obligatoire que l'intégralité du trousseau soit identifiée.

Le marquage du linge est à la charge du résident et/ou sa famille mais face aux difficultés rencontrées par certaines familles, l'établissement propose la **prestation marquage du linge personnel**. Ce service facultatif payant est proposé à l'entrée dans l'établissement.

Deux possibilités s'offrent à vous :

- **Marquage de la totalité du trousseau :**

Cette prestation comprend le marquage de l'ensemble des vêtements composant le trousseau du résident ainsi que les nouveaux vêtements apportés tout au long du séjour.

Le coût de cette prestation s'élève à 40€ pour l'intégralité des vêtements personnels du résident et implique que tout nouveau vêtement doit être déposé à la lingerie pour être marqué.

- **Marquage d'une partie du trousseau**

Cette prestation forfaitaire concerne les résidents ayant déjà plus de la moitié de leur trousseau identifié. Ce service peut s'appliquer pour l'ensemble des nouveaux vêtements personnels. Le coût de cette prestation s'élève à 15€.

Toutefois, l'établissement se réserve le droit de facturer une de ces deux prestations si l'intégralité du linge ne s'avérait pas marquée dans un délai de 3 mois après l'entrée dans l'établissement.

Il est déconseillé d'apporter du linge fragile et délicat car l'établissement ne dispose pas de machine avec le programme « lavage à la main ».

La blanchisserie inter hospitalière est dotée d'un équipement industriel, avec une rotation du linge hebdomadaire très importante, par l'action mécanique et chimique, les fibres trop fragiles se trouvent nécessairement abîmées.

La Direction de la Blanchisserie inter hospitalière et la Direction de l'EHPAD de Bléré, déclinent toute responsabilité pour la détérioration des vêtements dont la composition est égale ou supérieure à 40 % de laine ou chlorofibre.

La composition du trousseau minimum défini par l'établissement est demandée à l'admission. Le linge personnel doit être identifié et renouvelé aussi souvent que nécessaire.

2.4 L'ANIMATION

L'animation est proposée dans le respect du règlement de fonctionnement (article 4.1.4).

Les actions d'animation régulièrement organisées par l'établissement ne donnent pas lieu à facturation.

Au cas par cas, seront signalées les prestations ponctuelles d'animation (voyages, sorties ...) et, s'il y a lieu, les conditions financières de participation.

2.5 AIDES A L'ACCOMPAGNEMENT DES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE

L'établissement accompagne le résident dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie, dans l'objectif de maintenir ou de rétablir le plus haut niveau possible d'autonomie, et recherche la participation de celui-ci chaque fois que possible.

Néanmoins, des aides partielles ou totales sont apportées au résident en fonction de son niveau d'autonomie évalué par une équipe pluridisciplinaire.

Elles concernent :

- Les transferts (lever, coucher...)
- La toilette
- La gestion de l'incontinence
- L'habillage et le déshabillage
- Les déplacements dans l'enceinte de l'établissement
- La restauration

et toute action favorisant le maintien de l'autonomie.

2.6 AUTRES PRESTATIONS A LA CHARGE DU RÉSIDENT

2.6.1 LE TÉLÉPHONE

La chambre est équipée d'une prise de télévision, d'une prise de téléphone et dans les chambres de La Courtille d'une prise informatique (type RJ45).

Les frais téléphoniques sont à la charge du résident (abonnement au prorata du nombre de jours d'hébergement et consommations téléphoniques).

La redevance télévisuelle est à la charge du résident, le cas échéant.

2.6.2 LE WIFI

Comme pour le téléphone, la prestation WIFI est à demander auprès du secrétariat. Le coût mensuel est de 6€.

2.6.3 LES SERVICES

Une **coiffeuse** pour dames et messieurs vient dans les deux salons de l'établissement une fois par semaine. Il suffit de se faire inscrire auprès de l'infirmière pour en bénéficier. Le service de coiffure est à la charge du résident qui garde toutefois la possibilité de se faire coiffer en dehors de l'établissement.

Une **pédicure podologue** est à la disposition des résidents, à leur demande auprès de l'infirmière responsable du service. Ce service reste à la charge du résident.

Un **service d'aumônerie** assure des visites aux résidents qui le souhaitent pour rompre leur isolement.

2.6.4 LES TRANSPORTS

Les transports, non pris en charge ou pris partiellement en charge par les Caisses d'Assurance maladie, sont directement réglés par le résident au prestataire.

Les transports pour convenance personnelle restent à la charge du résident.

3. SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE

Le résident bénéficie de la surveillance médicale du médecin de son choix, désigné le jour de son admission lors du recueil des données nominatives.

Si le résident désire changer de médecin en cours de séjour, il complète la *Déclaration de choix du médecin traitant* (modèle caisse d'Assurance Maladie) et doit remettre une copie à l'accueil de l'établissement.

Le résident a le libre choix de son pharmacien. Un accord avec les pharmaciens de Bléré permet une délivrance rapide des traitements requis. Toutefois le libre choix du pharmacien étant la règle de droit, les résidents ou familles peuvent librement choisir leur officine, dans ce cas la famille devra effectuer elle-même l'approvisionnement de l'infirmierie en médicaments.

A l'admission, il appartient au résident d'apporter ses médicaments, son ordonnance complète, sa carte vitale, son attestation de Sécurité sociale ainsi que sa carte de mutuelle.

Le personnel soignant rémunéré et exerçant au sein de l'Etablissement est composé de :

- 1 médecin coordonnateur

- 2 cadres infirmiers
- Infirmières Diplômées d'Etat
- 1 psychologue
- Aides-soignantes
- Aides-médico-psychologiques
- Agents des services hospitaliers

Les infirmières assurent les soins courants à l'ensemble des résidents (température si nécessaire, prise de tension, préparation des médicaments...).

La coordination médicale est assurée par le médecin coordonnateur de l'établissement. Il veille à l'adéquation des besoins médicaux du résident et des moyens de l'établissement en relation avec le médecin traitant choisi.

Pour une meilleure qualité de prise en soins et/ou d'accompagnement de la personne accueillie, le directeur, après avis d'un Conseil pluridisciplinaire placé sous la responsabilité du médecin coordonnateur, peut décider d'un changement de chambre, de secteur, voire d'un transfert vers un établissement plus adapté, en fonction de sa pathologie.

La nuit, les fins de semaine et les jours fériés, en cas de nécessité, il sera fait appel aux services de garde extérieurs.

En cas d'urgence, l'établissement se réserve le droit de faire appel aux services du SAMU, des pompiers.

4. COÛT DU SÉJOUR

4.1 FRAIS D'HÉBERGEMENT

Les frais d'hébergement sont facturables selon une tarification fixée par l'établissement.

Le prix de journée prend effet au 1^{er} janvier de chaque année, bien qu'il ne soit parfois connu que postérieurement.

Chaque année, l'arrêté fixant le prix de journée est affiché dans l'établissement sur le panneau « Affichage familles ».

Ils sont payés mensuellement, en terme échu, auprès du Trésor Public.

Le prix de journée comprend entre autre :

- l'hébergement
- la nourriture
- le chauffage
- l'éclairage (nature des prestations obligatoires)
- l'entretien des locaux et le blanchissage

- dépenses du personnel
- les intérêts des emprunts
- les amortissements du matériel et des constructions.

4.2 FRAIS LIÉS À LA DÉPENDANCE

Ils englobent les produits d'incontinence, une fraction des dépenses de personnel, et viennent en sus des frais d'hébergement.

Ils sont fixés par le Président du Conseil Départemental d'Indre et Loire, sur proposition de l'établissement.

Il existe trois tarifs correspondant à trois groupes de dépendance appelés « *Groupes Iso Ressources* » (GIR), qui sont classés du plus dépendant au plus valide : GIR 1/2 - GIR 3/4 - GIR 5/6. Ces groupes sont définis au travers d'une grille d'évaluation nationale.

L'appartenance d'un résident à l'un des groupes est déterminée, à l'entrée dans l'établissement.

En fonction des ressources du résident, le Conseil Départemental prend en charge une partie des frais de dépendance au titre de l'APA suivant la notification reçue à domicile.

Le mode de gestion de l'APA varie selon les départements. Pour bénéficier de la prise en charge au titre de l'APA, il sera nécessaire d'envoyer la facture acquittée au Conseil Départemental.

4.3 FRAIS LIÉS AUX SOINS

L'établissement fonctionne selon l'option tarifaire partielle.

Le montant des forfaits soins attribué à l'établissement couvre :

- la rémunération des infirmières (100 %) et des A.S. (70 %)
- le petit matériel et les dispositifs médicaux
- les amortissements du matériel médical.

Les soins dispensés dans l'établissement, hors forfait ou donnés à l'extérieur de l'Etablissement ne font pas partie du montant total des frais de séjour fixé ci-dessus.

Toute visite ou consultation de médecins (généralistes, spécialistes...) sera à régler par le résident sauf en cas de changement d'option tarifaire de l'établissement, ainsi que la totalité des médicaments.

De même, les actes médicaux ou paramédicaux, séances de dialyse, analyse de biologie seront à régler par les résidents puis remboursés par la Sécurité sociale ou un organisme complémentaire (mutuelle) le cas échéant.

Il est donc fortement conseillé de conserver sa mutuelle complémentaire, voire, si ce n'est pas le cas, d'en contracter une.

4.4 Tableau de prise en charge des dispositifs médicaux¹

DISPOSITIFS MEDICAUX	A LA CHARGE DE L'ETABLISSEMENT	A LA CHARGE DU RESIDENT
Abaisse langue, masques, gants stériles, garrots, compresses, bandes et pansements, fils à suture	Oui	Non
Accessoires pour électro-cardiogramme		
Autopiqueurs et accessoires		
Aspirateur à mucosité, crachoirs		
Etui pénien		
Poche à urine		
Réactifs (urines, sang)		
Seringues et stylo injecteur d'insuline		
Sonde naso-gastrique		
Sonde pour rééducation périnéale et électrodes cutanées		
Sondes urinaires, sondes vésicales		
Pompe pour nutrition entérale		
Thermomètre électronique		
Béquille et canne anglaise		
Déambulateur		
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Soulève malade		
Matelas (simple, d'aide à la prévention d'escarres)		
Pèse personne		
Appareil de verticalisation		

Les actes non pris en charge par l'établissement peuvent être remboursés par la Sécurité sociale ou un organisme complémentaire (mutuelles).

¹ Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314.161 du CASF en application des articles L.314-8 et R. 314-162 du même code
CONTRAT DE SEJOUR

Il est important de se renseigner auprès de votre mutuelle sur les différentes prises en charge offertes, notamment celles concernant les transports sanitaires.

5. CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION

Les modalités de facturation, en cas d'hospitalisation ou d'absence personnelle, se présentent comme suit :

5.1 HOSPITALISATION

5.1.1 HÉBERGEMENT

Résident	Tarif hébergement moins forfait hospitalier (20 €) à partir du 4 ^{ème} jour jusqu'à la fin du contrat
-----------------	--

5.1.2 DÉPENDANCE

	A partir du 1^{er} jour d'hospitalisation
Résident	Suspension de la facturation

5.2 ABSENCES POUR CONVENANCE PERSONNELLE

Le résident peut sortir librement tous les jours. Certaines restrictions peuvent néanmoins être apportées par l'équipe médicale et par le Directeur, après information à la famille ou au représentant légal si le résident n'est pas en état d'exprimer son consentement.

En cas d'absence au moment d'un repas ou pour une nuit, il est demandé au résident ou à sa famille d'en informer préalablement le personnel soignant.

Pour les absences de plus d'une journée, le résident doit avertir l'infirmière responsable du service au moins 3 jours avant son départ, afin que celle-ci puisse préparer les médicaments pour la durée de son absence.

Les conditions de facturation sont identiques à celles d'hospitalisation (art. 5.1).

En cas de retour programmé du résident après la fermeture des portes (22 heures), il convient d'utiliser la sonnette placée à l'entrée principale.

5.3 RÉSERVATION DE CHAMBRE AVANT ADMISSION

Le résident s'engageant à entrer en hébergement temporaire, se voit appliquer un tarif réservation, établi sur la base du tarif hébergement diminué du forfait hospitalier jusqu'à l'entrée dans l'établissement.

6. RÉSILIATION DU CONTRAT

6.1 RÉSILIATION VOLONTAIRE

A l'initiative du résident ou de son représentant légal, le présent contrat peut être résilié à tout moment.

Notification est faite à la Direction de l'établissement par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de 10 jours calculé à partir de la date de réception par l'établissement. Le logement est libéré au plus tard le dernier jour du préavis.

La facturation court jusqu'à échéance du préavis. Si la chambre n'est pas libérée à l'issue du préavis, la facturation se poursuit.

6.2 RÉSILIATION A L'INITIATIVE DE L'ÉTABLISSEMENT

6.2.1 INADAPTATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ AUX POSSIBILITÉS D'ACCUEIL

En l'absence de caractère d'urgence, si l'état de santé du résident ne permet plus le maintien dans l'établissement, la Direction et le médecin coordonnateur prennent toute mesure appropriée en concertation avec le résident ou son représentant légal, son entourage et le médecin traitant.

Le Directeur de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le logement est libéré au plus tard dans un délai de 10 jours à compter de la date de réception de la lettre.

Les règles de facturation définies au chapitre 4 et 5 du présent Contrat s'appliquent jusqu'à la libération de la chambre.

En cas d'urgence, le Directeur de l'établissement prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant et du médecin coordonnateur de l'établissement. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, le résident et / ou son représentant légal sont informés par le Directeur dans les plus brefs délais de la résiliation par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le logement est libéré dans un délai de 10 jours après notification de la décision.

Les règles de facturation définies aux chapitres 4 et 5 du présent Contrat s'appliquent jusqu'à la libération de la chambre.

6.2.2 RÉSILIATION POUR NON RESPECT DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT OU INCOMPATIBILITÉ AVEC LA VIE COLLECTIVE

Des faits sérieux et préjudiciables peuvent motiver une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Dans ce cas, un entretien personnalisé sera organisé entre le médecin coordonnateur, le cadre de santé et l'intéressé accompagné éventuellement de la personne de son choix.

En cas d'échec de cet entretien, le Directeur prend, dans un délai de 10 jours sa décision définitive quant à la résiliation du Contrat. Cette dernière est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au résident et/ou à son représentant légal.

Le logement est libéré dans un délai de 10 jours à compter de la date de notification de la décision.

Les règles de facturation définies aux chapitres 4 et 5 du présent Contrat s'appliquent jusqu'à libération de la chambre.

6.2.3 RÉSILIATION POUR DÉFAUT DE PAIEMENT

Tout retard de paiement entraîne la mise en œuvre de la procédure de recouvrement par le Comptable du Trésor Public et le directeur de l'établissement. Cette procédure peut conduire à la résiliation du présent Contrat notifié au résident ou à son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le logement est libéré dans un délai de 10 jours après la date de notification.

Les règles de facturation définies aux chapitres 4 et 5 du présent Contrat s'appliquent jusqu'à libération de la chambre.

6.2.4 RÉSILIATION POUR DÉCÈS

Le décès met fin au contrat de plein droit.

Le représentant légal, le référent familial et/ou la personne de confiance désignés par le résident sont immédiatement informés par tous les moyens, le cas échéant par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le directeur de l'établissement s'engage à mettre en œuvre les moyens de respecter les dispositions à prendre en cas de décès, précisées dans le recueil de données lors de l'admission et modifiables en cours de séjour.

Après décès, la personne peut reposer dans la chambre mortuaire dans la limite de 72 heures. Si le départ du défunt ne peut intervenir dans ce délai, il est demandé un transfert au funérarium.

Les frais d'obsèques sont à la charge des familles ou des héritiers du résident décédé. Au cas où aucun héritier ne se ferait connaître, l'établissement fait procéder aux obsèques en prélevant la somme nécessaire sur les fonds personnels du résident (dans la limite des sommes détenues ou en compte).

Sauf dispositions spéciales ou testamentaires dont la direction aura connaissance, l'inventaire des biens laissés dans sa chambre par le résident décédé, sera fait par 2 représentants de l'établissement. Les ayants droits seront invités à assister à l'inventaire. La qualité de ces derniers sera attestée par un certificat d'hérédité ou un acte notarié.

Le logement est libéré dès que possible, dans un délai maximum de 8 jours.

Dès le 9^{ème} jour, l'établissement dispose de la chambre et dégage toute responsabilité concernant les biens et effets personnels du défunt. A ce titre la famille, les proches et le représentant légal sont invités à retirer les effets personnels du défunt résident dans ce délai. L'établissement se réserve le droit de procéder à la libération des locaux en cas de carence des familles et de facturer le cas échéant des droits de gardiennage du mobilier.

La facturation s'arrête lorsque la chambre est libérée, vide de meubles et des effets personnels.

7. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES

En qualité d'établissement à caractère public, l'établissement s'inscrit dans le cadre spécifique du droit et de la responsabilité administrative, pour ses règles de fonctionnement et l'engagement d'un contentieux éventuel. Il est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

La responsabilité personnelle du résident ou de son représentant légal, est engagée en cas de dommage qu'il pourrait causer à une autre personne hébergée au sein de l'Etablissement ou à un membre du personnel. Dans ce cadre et pour les dommages dont il peut être la cause, le résident souscrit une assurance responsabilité civile dont il justifie auprès de l'établissement lors de l'admission.

D'autre part, au titre de l'assurance des biens et objets personnels, le résident :

(Mettre une croix dans la case correspondante)

A souscrit une assurance dommages dont il délivre annuellement une copie de la quittance à l'établissement.

N'a pas souscrit d'assurance à la signature du contrat mais s'engage à délivrer une copie de la quittance dans le cas où il viendrait à en souscrire une.

Le résident, par le présent contrat, est informé de la possibilité qui lui est faite de déposer auprès du Régisseur de l'établissement les objets de valeurs (bijoux, valeurs mobilières...) ou argent, carte de crédit, livret d'épargne ... pour être remis au Trésor Public.

Un reçu sera délivré au résident ou à son représentant légal pour permettre un retrait éventuel.

En l'absence de dépôt, la responsabilité de l'établissement est dérogée en cas de perte, de vol ou de détérioration partielle ou totale des biens ou objets personnels du résident.

Recours :

Les personnes qualifiées

En vue de l'aider à faire valoir ses droits, le résident ou son représentant légal peut aussi faire appel à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur de l'Agence régionale de santé et le président du Conseil Départemental.

Cette liste est affichée à l'entrée de l'établissement.

8. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SÉJOUR

Toutes dispositions du présent Contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute actualisation du contrat de séjour fera l'objet d'un avenant.

• **Ce contrat est établi conformément aux textes suivants :**

- Code de la santé publique ;
- Code de l'action sociale et des familles.
- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge
- Décret n°2010-1731 du 30 septembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD
- Décret n°2011-1047 du 30 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD
- Aux délibérations du Conseil d'administration.

9. SIGNATURE DU CONTRAT DE SEJOUR

Après avoir pris connaissance des conditions d'admission, de la description des prestations, des conditions financières et de conditions de résiliation du présent contrat,

• **Pièces jointes au contrat :**

- Les documents « Livret d'accueil » et « Règlement de fonctionnement » dont le résident et ou son représentant déclare avoir pris connaissance,
- L'engagement de payer du résident (**annexe 1**)
- Le document « Droit à l'image » daté et signé (**annexe 2**)
- L'autorisation d'apport de meubles et appareils divers (**annexe 3**)
- La désignation de la personne de confiance (**annexe 4**)
- Rédaction des directives anticipées (**annexe 5**)
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie / charte de la personne âgée dépendante (**annexe 6**)
- Etat des lieux (**annexe 7**)

• **Pièces à joindre au contrat :**

- Une copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile,
- Une copie du jugement de protection juridique s'il a lieu,
- Une copie de l'assurance dommages aux biens et objets personnels si le résident en a souscrit une.

J'accepte et je m'engage à respecter le présent contrat de séjour.

Fait en deux exemplaires, dont un pour chaque partie,

Fait à _____ le _____

Signature de l'utilisateur ou de son représentant (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)	Signature du représentant légal (en cas de protection juridique)	Signature de la Directrice,
--	--	------------------------------------

EXEMPLAIRE RESIDENT

9. SIGNATURE DU CONTRAT DE SEJOUR

Après avoir pris connaissance des conditions d'admission, de la description des prestations, des conditions financières et de conditions de résiliation du présent contrat,

• **Pièces jointes au contrat :**

- Les documents « Livret d'accueil » et « Règlement de fonctionnement » dont le résident et ou son représentant déclare avoir pris connaissance,
- L'engagement de payer du résident (**annexe 1**)
- Le document « Droit à l'image » daté et signé (**annexe 2**)
- L'autorisation d'apport de meubles et appareils divers (**annexe 3**)
- La désignation de la personne de confiance (**annexe 4**)
- Rédaction des directives anticipées (**annexe 5**)
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie / charte de la personne âgée dépendante (**annexe 6**)
- Etat des lieux (**annexe 7**)

• **Pièces à joindre au contrat :**

- Une copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile,
- Une copie du jugement de protection juridique s'il a lieu,
- Une copie de l'assurance dommages aux biens et objets personnels si le résident en a souscrit une.

J'accepte et je m'engage à respecter le présent contrat de séjour.
Fait en deux exemplaires, dont un pour chaque partie,

Fait à _____ le _____

Signature de l'utilisateur ou de son représentant (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)	Signature du représentant légal (en cas de protection juridique)	Signature de la Directrice,
--	--	------------------------------------

EXEMPLAIRE EHPAD

ENGAGEMENT DE PAYER

A COMPLETER PAR LE NOUVEAU RESIDENT OU SON REPRESENTANT

Je soussigné(e), M. /Mme (Nom, prénom)

Agissant en qualité de :

résident de l' E.H.P.A.D de BLERE

représentant de M _____ ,

résident de l' E.H.P.A.D de BLERE.

Déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions d'admission, du coût du séjour, des modalités de facturation, de résiliation, des responsabilités respectives de chacun des signataires et en accepter les clauses et principes.

J'atteste de plus avoir reçu une copie de la charte des droits et libertés des personnes âgées hébergées en institution, un livret d'accueil et le règlement de fonctionnement de l'EHPAD de Bléré.

Mention manuscrite obligatoire à recopier

M'engage à régler auprès du Comptable du Trésor Public les frais qui m'incombent à réception du titre de recette émis par l'EHPAD de Bléré.

Fait à _____ le _____

Signature de l'utilisateur ou de son représentant (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)	Signature du représentant légal (en cas de protection juridique)	Signature de la Directrice,
--	--	------------------------------------

ENGAGEMENT DE PAYER

A COMPLETER PAR LE NOUVEAU RESIDENT OU SON REPRESENTANT

Je soussigné(e), M.....

Agissant en qualité de :

résident de l' E.H.P.A.D de BLERE

représentant de M _____ ,

résident de l' E.H.P.A.D de BLERE.

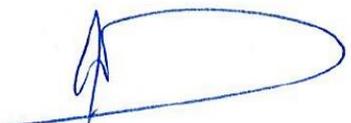
Déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions d'admission, du coût du séjour, des modalités de facturation, de résiliation, des responsabilités respectives de chacun des signataires et en accepter les clauses et principes.

J'atteste de plus avoir reçu une copie de la charte des droits et libertés des personnes âgées hébergées en institution, un livret d'accueil et le règlement de fonctionnement de l'EHPAD de Bléré.

Mention manuscrite obligatoire à recopier

m'engage à régler auprès du Comptable du Trésor Public les frais qui m'incombent à réception du titre de recette émis par l'EHPAD de Bléré.

Fait à _____ le _____

Signature de l'utilisateur ou de son représentant (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)	Signature du représentant légal (en cas de protection juridique)	Signature de la Directrice, 
--	--	---

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)(Nom, prénom)

agissant en qualité : (cochez la case correspondante à votre choix)

de résident

de représentant

Autorise, dans le cadre de mon séjour à l'EHPAD de BLÉRÉ, la diffusion de mon image :

A l'intérieur de l'établissement

Dans les médias.

N'autorise pas, dans le cadre de mon séjour à l'EHPAD de BLÉRÉ, la diffusion de mon image :

A l'intérieur de l'établissement

Dans les médias.

BLÉRÉ le _____

Signature :

A conserver par l'EHPAD

AUTORISATION D'APPORTER DU PETIT MOBILIER PERSONNEL ET/OU APPAREILS ELECTRIQUES

L'EHPAD de Bléré est classé : E.R.P de type « U » de 4^{ème} catégorie.

Dans ce cadre, la législation impose des normes très rigoureuses quant à la sécurité incendie. Cela implique que la chambre soit équipée dans le respect de ces normes.

Vous avez demandé l'autorisation d'apporter du mobilier personnel et/ou des appareils électriques. Vous devez savoir que l'entretien et la maintenance seront à votre charge et qu'en cas de dégradation, l'établissement dégage toute responsabilité.

Il s'agit de :

Description précise et état du mobilier et/ou des appareils électriques :

~~☒~~

Cette liste engagera la famille dans le cadre de l'article 6.2.4 du présent contrat et en cas de dysfonctionnement des appareils.

Justificatifs répondant aux normes de sécurité + photocopies

~~☒~~

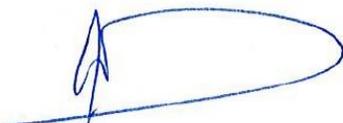
Observations du service technique

~~☒~~

Date de dépôt :

Date de retrait :

Fait à BLÉRÉ, le _____

Signature du résident ou de son représentant, précédé de la mention « lu et approuvé »	Signature du service technique	Signature de la Directrice d'établissement
(Nom, prénom)+ signature		

Exemplaire à conserver par l'EPHAD

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique)

Dès votre pré-admission, vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance.

Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions et à qui vous faites confiance (un membre de votre famille, un ami, un voisin, votre médecin traitant). Cette personne sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir les informations médicales.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical.

Cette désignation durera le temps de votre séjour, néanmoins, elle est révocable à tout moment par écrit.

La personne de confiance pourra, si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens médicaux afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Je soussigné(e) Mme, M. :

Nom marital :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Souhaite désigner une personne de confiance OUI NON

Souhaite désigner comme personne de confiance

Nom marital :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Je confirme que je ne suis pas protégé(e) par une mesure de tutelle.

A remplir par la personne de confiance :

Je soussigné(e) Mme, M.....

reconnaît avoir pris connaissance de l'information sur le rôle de la personne de confiance et accepte le choix de M.....

Fait à BLÉRÉ, le _____

Signatures (du résident et de la personne de confiance) précédées de la mention « Lu et approuvé »

DIRECTIVES ANTICIPEES (1/2)

Je soussigné(e) Mme, M. :

Nom marital :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

En possession de toutes mes facultés physiques et psychiques, je prends les dispositions qui suivent pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer valablement sur les points mentionnés ci-dessous.

J'ai bien pris note que ces directives sont valables 3 ans à compter de la signature.

Mes souhaits relatifs à ma fin de vie concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt de mon traitement dans l'hypothèse où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté :

Respiration artificielle : Oui Non Je ne sais pas

(Une machine aide à la respiration)

Réanimation cardio-respiratoire : Oui Non Je ne sais pas

(Massage cardiaque, choc électrique pour faire repartir le cœur)

Alimentation artificielle : Oui Non Je ne sais pas

(Une sonde placée dans le tube digestif en passant par le nez ou directement à travers la paroi abdominale)

Opération chirurgicale : Oui Non Je ne sais pas

Technique ou médicament :

.....

Autre demande (religieuse...) :

.....

Date : __ / __ / ____

signature :

Si vous êtes dans l'impossibilité de rédiger ce document et de le signer, vous pouvez faire attester par deux témoins que ce document est fidèle à l'expression de votre volonté libre et éclairée. Cette attestation figure sur la page suivante.

DIRECTIVES ANTICIPEES (2/2)

Renouvellement des directives anticipées :
 Oui je renouvelle mes directives anticipées

Date : __ / __ / ____

signature :

Modification des directives anticipées :
 Oui je souhaite modifier mes directives anticipées.

Dans ce cas, remplir une nouvelle fiche

Révocation des directives anticipées :
 Oui je souhaite révoquer mes directives anticipées

Date : __ / __ / ____

signature :

Mon actuelle pleine capacité de discernement est attestée par mon médecin traitant,

Le Dr.....

Date : __ / __ / ____

Signature du médecin traitant :

Attestation en cas de recours à deux témoins par le résident (c'est-à-dire si le résident n'est pas capable de rédiger et de signer lui-même les directives anticipées) :
1^{er} témoin
Je soussigné(e) Mme, M. :

Nom marital :.....

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :.....

Date et lieu de naissance :.....

Adresse :

Qualité :.....

Atteste que les directives anticipées en date du : __ / __ / ____

Relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M/Mme.....

Date : __ / __ / ____

signature :

2nd témoin
Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. :

Nom marital :.....

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :.....

Date et lieu de naissance :.....

Adresse :

Qualité :.....

Atteste que les directives anticipées en date du : __ / __ / ____

Relatent bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M/Mme.....

Date : __ / __ / ____

signature :

A INSERER DANS LE DOSSIER MEDICAL PAPIER ET INDIQUER LA REDACTION DES DIRECTIVES DANS LE DOSSIER DE SOINS INFORMATISE.

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

1. CHOIX DE VIE

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

2. DOMICILE ET ENVIRONNEMENT

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

3. UNE VIE SOCIALE MALGRE LES HANDICAPS

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

4. PRESENCE ET ROLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

5. PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. VALORISATION DE L'ACTIVITE

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

7. LIBERTE DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

8. PRESERVER L'AUTONOMIE ET PREVENIR

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

9. DROIT AUX SOINS

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

10. QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

11. RESPECT DE LA FIN DE VIE

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. LA RECHERCHE : UNE PRIORITE ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

13. EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

14. L'INFORMATION, MEILLEUR MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Fondation Nationale de Gérontologie

DROITS DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN INSTITUTION

Secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité Sociale.

Le respect des droits et libertés des personnes âgées dépendantes concerne tous les lieux de vie : logements - foyers, maisons de retraite, résidences, services hospitaliers, unités de soins de longue durée, etc....

1 - Tout résident doit bénéficier des dispositions de la Charte des Droits et des Libertés spécifiques aux personnes âgées dépendantes.

2 - Nul ne peut être admis en institution sans une information et un dialogue préalable et sans son accord.

3 - Comme pour tout citoyen adulte, la dignité, l'identité et la vie privée du résident doivent être respectées

4 - Le résident a le droit d'exprimer ses choix et ses souhaits.

5 - L'institution devient le domicile du résident. Il doit y disposer d'un espace personnel.

6 - L'institution est au service du résident. Elle s'efforce de répondre à ses besoins.

7 - L'institution encourage les initiatives du résident. Elle favorise les activités individuelles et développe les activités collectives (intérieures ou extérieures) dans le cadre d'un projet de vie.

8 - L'institution doit assurer les soins infirmiers et médicaux les plus adaptés à l'état de santé du résident. S'il est nécessaire de donner des soins à l'extérieur de l'établissement, le résident doit en être préalablement informé.

9 - L'institution accueille la famille, les amis, ainsi que les bénévoles, et les associe à ses activités. Cette volonté d'ouverture doit se concrétiser par des lieux de rencontre, horaires de visites souples, possibilités d'accueil pour quelques jours.

10 - Après une absence transitoire (hospitalisation, vacances, etc.) le résident doit retrouver sa place dans l'institution.

11 - Tout résident doit disposer de ressources personnelles. Il peut notamment utiliser librement la part de son revenu qui reste disponible.

12 - Le droit à la parole est fondamental pour les résidents.

ÉTAT DES LIEUX

UNITÉ _____ ET CHAMBRE N° _____

Le résident dispose :

- D'une chambre individuelle
 D'une chambre à deux lits

qui comprend :

Équipement sanitaire :

État :

	neuf	moyen	usagé
<input type="checkbox"/> Lavabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Équipement général :

État :

	neuf	moyen	usagé
<input type="checkbox"/> Sonnette d'appel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prise de télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prise téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prises électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobilier :

État :

	neuf	moyen	usagé
1 lit à hauteur variable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 chevet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 commode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres (à préciser) _____

Remarques : _____

Fait à BLÉRE, le __ / __ / ____

Signature :

Le résident

ou son représentant

Précédé de la mention « lu et approuvé »

la Directrice d'établissement

ÉTAT DES LIEUX

UNITÉ _____ ET CHAMBRE N° _____

Le résident dispose :

D'une chambre individuelle

D'une chambre à deux lits

qui comprend :

Équipement sanitaire :

État :

	neuf	moyen	usagé
<input type="checkbox"/> Lavabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Équipement général :

État :

	neuf	moyen	usagé
<input type="checkbox"/> Sonnette d'appel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prise de télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prise téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prises électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobilier :

État :

	neuf	moyen	usagé
1 lit à hauteur variable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 chevet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 commode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres (à préciser) _____

Remarques : _____

Fait à BLÉRE, le __ / __ / ____

Signature :

Le résident

ou son représentant

Précédé de la mention « lu et approuvé »

la Directrice d'établissement

