



Établissement d'Hébergement
pour Personnes Agées Dépendantes

CONTRAT DE SÉJOUR

Le présent Contrat de Séjour a été voté par le Conseil d'Administration le 30 avril 2025, après avis du Conseil de la Vie Sociale, lors de sa séance du 29 avril 2025.



Site de GRENADE

Chemin de Piquette

31330 GRENADE

☎ : 05.62.79.87.60 / 📠 : 05.62.79.87.69



Site de CADOURS

2 A Chemin d'En Palanque

31480 CADOURS

☎ : 05.61.09.63.00 / 📠 : 05.61.85.23.92

775 chemin Piquette BP 52
31 330 GRENADE SUR GARONNE

Tél : 05 62 79 87 60 - Fax : 05 62 79 87 69

www.ehpad-grenade-cadours.com

SOMMAIRE

PREAMBULE	6
CONDITIONS D'ADMISSION	7
DÉFINITION DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE	7
DURÉE DE SÉJOUR	7
PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT	7
A. PRESTATION D'ADMINISTRATION GENERALE	8
B. PRESTATION D'ACCUEIL HOTELIER.....	8
C. PRESTATION DE RESTAURATION.....	8
D. PRESTATION DE BLANCHISSAGE	9
E. PRESTATION D'ANIMATION DE LA VIE SOCIALE.....	9
F. AUTRES PRESTATIONS DE SERVICES INDIVIDUALISES	9
G. ACCOMPAGNEMENT DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE.....	10
H. TRANSPORTS	10
I. SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE	10
COÛT DU SÉJOUR.....	11
A. FRAIS D'HEBERGEMENT	12
B. FRAIS LIES A LA DEPENDANCE	12
C. FRAIS LIES AUX SOINS ET A LA COORDINATION DES SOINS	13
CONDITIONS DE FACTURATION	14
A. FACTURATION - REGLEMENT - DEPOT DE GARANTIE	14
B. FACTURATION EN CAS D'ABSENCE	14
C. FACTURATION DE LA DEPENDANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'ABSENCE POUR CONVENANCE PERSONNELLE	15
MODALITÉS ADMINISTRATIVES D'EXECUTION DU CONTRAT	16
A. ÉTATS DES LIEUX ET INVENTAIRE	16
B. REVISION DU CONTRAT	16
C. TRANSPARENCE FINANCIERE ET INDICATEURS CNSA.....	16
D. CONDITIONS D'ENTREE ET DE SORTIE DE L'UNITE PROTEGEE	16
E. CLAUSE RELATIVE AU SECRET PROFESSIONNEL – CONFIDENTIALITE ET SECRET PROFESSIONNEL	17
F. RESILIATION DU CONTRAT	18
<i>À l'initiative du résident</i>	18
G. RESPONSABILITES RESPECTIVES	20
H. CONSERVATIONS DES BIENS PRECIEUX PAR L'ÉTABLISSEMENT	20
I. MESURE DE PROTECTION	21
J. CONCILIATION	21
<i>La personne qualifiée</i>	21
<i>Médiation de la consommation</i>	21
K. LES VOIES DE RECOURS - TRIBUNAL COMPETENT	22
L. DOCUMENTS REMIS AU RESIDENT	22

ANNEXE N°1 : CHARTE DES DROITS ET LIBERTE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE	25
ANNEXE N°1 BIS : CHARTE DE LA BIENTRAITANCE DE SAINT-JACQUES.....	26
ANNEXE N°2 : SOCLE DE PRESTATIONS RELATIVES A L'HEBERGEMENT DELIVREES PAR L'EHPAD	27
ANNEXE N°3 : FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE	28
ANNEXE N°3 BIS : LIVRET D'INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE	29
ANNEXE N°4 : COORDONNEES DU REFERENT FAMILIAL.....	33
ANNEXE N°5 : AIDEZ-NOUS A MIEUX VOUS CONNAITRE.....	34
ANNEXE N°6 : CONDUITE A TENIR.....	36
ANNEXE N°7 : LE CONSENTEMENT A LA VACCINATION CONTRE LE VIRUS DE LA GRIPPE	37
ANNEXE N°8: LE CONSENTEMENT A LA VACCINATION CONTRE LE VIRUS DE LA COVID	38
ANNEXE N°9 : NOTICE D'INFORMATIONS SUR LES DIRECTIVES ANTICIPEES	39
ANNEXE N°10 : DROIT A L'IMAGE	46
ANNEXE N°11 : LE DROIT DE VOTE ET INSCRIPTION SUR LES LISTES ELECTORALES.....	47
ANNEXE N°12 : GESTION DU COURRIER	50
ANNEXE N°13 : TARIFS	51
ANNEXE N°14 : MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	53
ANNEXE N°15 : INTERVENANTS EXTERIEURS GRENADE	54
ANNEXE N°15 : INTERVENANTS EXTERIEURS CADOURS	55
ANNEXE N°16 : INTERVENANTS EXTERIEURS	56
ANNEXE N°17 : LINGE TROUSSEAU FEMME	57
ANNEXE N°18 : LINGE TROUSSEAU HOMME	59
ANNEXE N°19 : REÇU DE DEPOT DES OBJETS AU COFFRE	61

Chaque feuille doit être paraphée.

Textes de référence :

- LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie
- Décret n° 2024-1270 du 31 décembre 2024 relatif aux tarifs afférents à l'hébergement dans les établissements pour personnes âgées dépendantes totalement ou majoritairement habilités au titre de l'aide sociale à l'hébergement ;
- Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du Conseil de la Vie Sociale et autres formes de participation
- Décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Décret n° 2015-1873 du 30 décembre 2015 définissant le taux maximal d'évolution annuelle des prix des prestations relatives à l'hébergement de certains établissements accueillant des personnes âgées
- Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Ordonnance n°2015-1033 du 20 août 2015 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation
- Loi n°2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation
- Note d'information DGAS/SD5B n°2007-162 du 19 avril 2007 relative aux réponses apportées aux conseils généraux en matière de tarification des établissements et services relevant de leur compétence exclusive ou mixte.
- Décret n°2009-302 du 18 mars 2009 portant application de l'article L.132-1 du Code de la consommation
- Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L.311-4 du CASF
- Lettre DGAS/5B du 3 mai 2002 relative aux questions diverses relatives à la tarification et à la facturation des tarifs dépendance
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Articles L.311-4, L.311-4-1, L.311-5-1, L.342-1 à L.342-6, R.314-46, R.314-204 et D.311 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)
- Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique (CSP)

Le présent contrat, établi en double exemplaire, définit les objectifs et la nature de la prise en charge du résident à l'EHPAD Résidence « Saint-Jacques » - GRENADE / CADOURS.

Le présent Contrat de Séjour est conclu entre :

D'une part :

Mme / M.

Né(e) le : À

Demeurant :

Site de GRENADE SUR GARONNE

EHPAD Saint-Jacques

Chemin de Piquette

31330 GRENADE

Site de CADOURS

EHPAD Saint-Jacques

2 A Chemin d'En Palanque

31480 CADOURS

Dénommé : « **LE RÉSIDENT** » dans le présent document

Le cas échéant, représenté (e) par Mme ou M.

Né(e) le : À

Demeurant :

.....

.....

Lien de parenté éventuel :

Qualité :

En vertu d'une décision de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, d'habilitation familiale, prise par le Tribunal d'Instance de (Joindre ampliation du jugement), ou d'un mandat de protection future dûment paraphé par le greffe du Tribunal d'instance de
(Joindre copie du mandat de protection future).

Dénommé : « **LE REPRÉSENTANT LÉGAL** »

Et d'autre part :

L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes Résidence

« Saint-Jacques » - GRENADE / CADOURS

Représenté par Monsieur CARLES Didier, Directeur.

N° SIRET : 263 100083 00033

Dénommé : « **L'ÉTABLISSEMENT** »

Paraphe :

PREAMBULE

« Un Contrat de Séjour ou document individuel est élaboré avec la participation de la personne accueillie et/ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel ». (Art. L 311-4 de la loi du 2 janvier 2002)

Son objectif vise, dans le cadre d'une approche globale, à déterminer le cadre d'intervention de l'équipe pluridisciplinaire, à préciser la mise en œuvre des moyens humains et matériels disponibles et adaptés de l'établissement, afin d'assurer le bien-être physique et moral, la sécurité et l'épanouissement de la personne accueillie.

Le Contrat de Séjour définit les droits et les obligations de l'établissement et du résident avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.

Les particuliers appelés à souscrire un contrat de séjour sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention. Ils peuvent, lors de la signature, se faire accompagner de la personne de confiance, s'ils en ont désigné une au sens de l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles.

Le contrat est établi en tenant compte des mesures et des décisions administratives, judiciaires, médicales adoptées par les instances ou autorités compétentes. Il est remis à chaque personne, et, le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les 15 jours qui suivent son admission.

Par la signature de ce contrat, la personne accueillie reconnaît avoir pris connaissance du Livret d'Accueil et en avoir approuvé les termes, livret auquel sont annexés le Règlement de Fonctionnement et la Charte des Droits de la personne accueillie.

Un avenant pourra être signé par la suite de façon à actualiser le présent contrat. Il aura pour objet de définir les objectifs et les prestations adaptés à la personne.

Le Contrat de Séjour est applicable à compter de l'arrivée du résident, soit à compter du

L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes Saint-Jacques est un **Établissement Public Social et Médico-Social autonome** d'une capacité de 225 places réparties comme suit :

- 165 lits à Grenade-sur-Garonne,
- 60 lits à Cadours

IL A ÉTÉ ARRÊTÉ ET CONVENU CE QUI SUIT :

CONDITIONS D'ADMISSION

Les conditions d'admission dans l'EHPAD Résidence Saint Jacques – GRENADE/CADOURS sont précisées dans le règlement de fonctionnement de l'établissement annexé au présent contrat.

DÉFINITION DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Les équipes de l'établissement travaillent en vue du maintien de l'autonomie du résident et lui proposent un accompagnement individualisé.

DURÉE DE SÉJOUR

Le présent contrat est conclu pour

- Une durée indéterminée, à compter du

La date d'arrivée est fixée d'un commun accord entre le résident et l'établissement. Une période d'essai de 1 mois est instituée. Durant cette période, les deux parties sont libres de rompre le présent contrat si l'une ou l'autre d'entre elles constatait une inadaptation, tant dans les services proposés que dans les besoins de prise en charge de la personne accueillie. Après cette période, le résident, sa famille et/ou son référent ainsi que le médecin coordonnateur et le directeur décident définitivement de l'accueil temporaire ou permanent.

Dès son entrée, le résident ou son représentant légal s'engage à se conformer au règlement en vigueur au sein de l'établissement.

Conformément à l'Article I.4 du règlement de fonctionnement, un référent familial est désigné pour assurer le lien privilégié avec l'établissement. (Cf. Annexes jointes au présent contrat de séjour : « Coordonnées du référent familial »)

Conformément aux articles L311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

et L1111-6 du Code de la Santé Publique (CSP), le résident a la possibilité de désigner une personne de confiance. (Cf. Annexes jointes au présent contrat de séjour : « Désignation de la personne de confiance »)

En cas de décès, la personne de confiance et le référent familial seront avertis.

PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le document « Règlement de Fonctionnement » joint, remis au résident avec le présent contrat. Les prestations ci-dessous énumérées sont assurées dans les conditions et les limites fixées par ce règlement de fonctionnement.

Les tarifs résultant d'une décision des autorités de tarification (Conseil Départemental, ARS) et qui s'imposent à l'établissement font l'objet d'un document annexé au présent contrat, porté à la connaissance du résident et/ou de son représentant légal. Toute modification leur est communiquée. Ce document organise le mode de régularisation du paiement du tarif hébergement quand il est fixé après le 1er janvier de l'année en cours par le Président du Conseil Départemental.

A. Prestation d'administration générale

La gestion administrative de l'ensemble du séjour, l'élaboration et le suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ainsi que les prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale sont inclus dans le prix de journée.

Sont également inclus :

- Tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;
- État des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement
- Tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la complémentaire santé solidaire (CSS), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement.

B. Prestation d'accueil hôtelier

Il est mis à disposition du résident une chambre individuelle, les locaux collectifs ainsi que tout équipement indissociablement lié au cadre bâti.

La chambre, d'une surface d'environ 20 m² est meublée par l'établissement (lit à hauteur variable - chevet - fauteuil de repos - chaise - table - placard - support TV). Chaque chambre est équipée d'une salle de douche individuelle (lavabo - WC suspendu - douche). Ce cabinet de toilette répond aux normes actuelles pour l'accueil des personnes handicapées.

Le résident peut personnaliser sa chambre dans la limite de la taille de celle-ci. Il peut amener des effets et du mobilier personnel s'il le désire. La clé de la chambre est remise au résident à sa demande. En cas de perte de la clé par le résident, le montant de son remplacement est facturé à ce dernier.

La fourniture des produits pour la toilette (rasoir, lames, mousse à raser, savon liquide, shampoing...) est aux frais de la personne hébergée.

La fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de la structure est à la charge de l'établissement.

L'établissement met à disposition du résident les connectiques nécessaires pour recevoir la télévision, installer le téléphone et disposer d'une connexion Internet dans sa chambre.

Les espaces communs de l'établissement disposent également d'un accès Internet sécurisé.

L'établissement assure toutes les tâches d'entretien et de nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour de la personne hébergée, ainsi que l'entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs. Il assure aussi les petites réparations réalisables par les services d'entretien de la structure. En cas de dégradation, la responsabilité civile du résident pourra être engagée.

La maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts est également assurée par l'établissement.

C. Prestation de restauration

L'établissement assure la préparation des repas : petit-déjeuner, déjeuner, dîner et propose des collations au milieu de l'après-midi et, au besoin, une collation nocturne.

Les menus sont élaborés par le responsable des cuisines après validation par la diététicienne de l'établissement. Les régimes alimentaires sont pris en compte sous réserve d'être médicalement prescrits. Le résident peut également solliciter la diététicienne pour des conseils alimentaires.

Paraphe :

Les résidents sont invités à faire connaître leurs allergies ou leurs aversions alimentaires afin qu'un menu de substitution leur soit proposé.

Le résident peut inviter les personnes de son choix au déjeuner. Le prix du repas doit être alors acquitté au tarif fixé par le Conseil d'Administration chaque année et affiché à l'accueil.

Les repas sont pris en salle de restaurant sauf si l'état de santé du résident justifie qu'ils soient pris en chambre.

D. Prestation de blanchissage

Le linge de toilette, le linge plat (draps, couvertures, taies d'oreiller...) et le linge de table sont fournis et entretenus par l'établissement.

Le linge personnel du résident est entretenu par l'établissement.

Chaque vêtement sera correctement identifié par l'établissement (étiquette thermocollante avec nom et prénom du résident). Le marquage au feutre ne permet pas une identification pérenne du linge et est donc déconseillé. Le trousseau initial de linge fait l'objet d'un inventaire à l'entrée du résident, signé par les deux parties. Cet inventaire est mis à jour tout au long du séjour ; il est impératif que le résident prévienne l'établissement de l'entrée de tout nouveau vêtement dans son dressing.

Les travaux de couture importants (ourlet, fermeture éclair...) ne sont pas assurés par l'établissement.

N'étant pas en mesure de traiter le linge très délicat (soie, laine, Damart thermolactyl), l'établissement décline toute responsabilité en cas de détérioration de ce linge.

E. Prestation d'animation de la vie sociale

Des animations adaptées et variées organisées dans et à l'extérieur de l'EHPAD. Elles sont proposées aux résidents conformément au planning affiché chaque semaine. Elles sont encadrées par des professionnels diplômés et par des bénévoles qui ont vocation à maintenir le lien social. Ces actions d'animation régulièrement organisées par l'établissement ne donnent pas lieu à une participation financière sauf cas exceptionnel. Le cas échéant, les conditions de participation sont précisées en amont de l'organisation de l'événement.

Une salle de lecture et une bibliothèque sont à la disposition des résidents au rez-de-chaussée sur le site de Grenade et au 1^{er} étage sur le site de Cadours.

F. Autres prestations de services individualisés

Le résident est libre de faire appel à des intervenants extérieurs de son choix (coiffeur, esthéticienne, pédicure, etc.). Le règlement de ces prestations est effectué directement par le résident ou son représentant légal (tuteur, famille).

Les tarifs des prestations optionnelles proposées au sein de l'établissement sont affichés dans les lieux concernés (salon de coiffure, espace bien-être, etc.) et disponibles sur simple demande auprès de l'administration.

En cas de perte d'une clé de chambre, la reproduction est facturée 70 € par exemplaire. Ce tarif est affiché à l'accueil et également disponible sur simple demande.

G. Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne

L'établissement accompagne le résident dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne en recherchant la participation de celui-ci chaque fois que possible, dans l'objectif de rétablir ou de maintenir le plus haut niveau possible d'autonomie, compte tenu notamment des moyens humains qui sont les siens.

Il propose ainsi au résident, si nécessaire, une assistance dans les actes de la vie quotidienne qui lui sont difficiles, voire impossibles d'accomplir sans l'aide d'une tierce personne :

- La toilette et autres soins quotidiens du corps (hygiène, coiffure, rasage...);
- L'alimentation, l'habillement, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement, prise de médicaments, fourniture de protections d'incontinence et toutes mesures, qui lui sont possibles, favorisant le maintien voire le développement de l'autonomie ;

Les soins de pédicure ne sont pas assurés par l'établissement.

Le prix des prestations liées à la dépendance est déterminé en fonction du niveau de dépendance du résident évalué par la grille AGGIR, conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur, dans un délai de 30 jours après l'entrée du résident. Le niveau de dépendance ainsi évalué est communiqué au résident et archivé dans son dossier.

H. Transports

Les déplacements à l'extérieur de l'établissement, et notamment les consultations chez les médecins libéraux spécialistes ou dans les établissements de santé, sont à la charge du résident, de sa famille ou de son tuteur. Ils sont informés des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser pour accompagner le résident.

I. Soins et surveillance médicale et paramédicale

Le résident a le libre choix des professionnels médicaux et paramédicaux entre :

- Les professionnels salariés de l'établissement ou ayant signé une convention de partenariat ou ayant signé une annexe au contrat d'exercice libéral en EHPAD prévoyant leur intervention par vacation : médecins, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes et pédicures

Et

- Les professionnels libéraux qui ont signé le contrat type d'exercice libéral en EHPAD prévu par le décret n°2010-1731 du 30 décembre 2010. Les professionnels libéraux désignés devront donner leur accord pour la prise en soin du résident.

L'établissement s'engage dans la sécurisation des soins et notamment du circuit du médicament. Pour ce faire, l'établissement a opté pour l'utilisation de piluliers à usage unique et a conventionné avec deux officines de ville :

- Pharmacie De la Bastide à Grenade,
- Pharmacie De la Save à Montaigut,

Cette convention de partenariat conclue à titre gracieux prévoit :

- La fourniture des piluliers à usage unique,
- La préparation de ceux-ci par les pharmacies dans les locaux de l'établissement.

Cette préparation présente toutes les garanties en matière d'analyse pharmaceutique, de circuit et de traçabilité notamment par l'utilisation de logiciels d'aide à la préparation et de soins internes.

Le libre choix du pharmacien par le résident est ici rappelé. Néanmoins, si celui-ci était amené à choisir une pharmacie différente de celles approvisionnant l'EHPAD, cette dernière devrait présenter des garanties strictement identiques en matière de préparation des doses à administrer sur la base de la convention de partenariat mise en place avec les 3 officines actuellement présentes.

Si le résident a désigné une personne de confiance, cette dernière devra être inscrite dans le formulaire de désignation de la personne de confiance annexé au présent contrat de séjour. La personne de confiance peut assister aux entretiens médicaux afin d'aider la personne hébergée dans ses décisions.

L'établissement assure une permanence 24h/24h (appel malade, veille de nuit, etc.) dans la limite des moyens qui lui sont attribués par les autorités de tarification.

L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur (lorsqu'il est pourvu), chargé notamment :

- Du projet médical et de soins, de sa coordination avec les prestataires de santé externes qui interviennent auprès des personnes hébergées par l'établissement : professionnels de santé libéraux, établissements de santé, secteur psychiatrique, services d'hospitalisation à domicile, etc. ;
- De l'organisation de la permanence des soins, en particulier la nuit et le week-end,
- Des admissions : il donne son avis sur la possibilité d'admettre un nouveau résident en tenant compte des possibilités offertes par l'établissement ;
- Du dossier médical.

Enfin, en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, le médecin coordonnateur réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

COÛT DU SÉJOUR

L'établissement est habilité à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale et répond aux normes pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée Logement (APL), permettant aux résidents qui remplissent les conditions nécessaires d'en bénéficier.

Dans ce cadre, l'établissement fournit ses prestations selon trois tarifs (tarification ternaire) :

- Deux tarifs journaliers afférents à l'**hébergement** : un dit « aide sociale » arrêté par le Président du Conseil Départemental, et un à la charge du résident dit tarif « payant », à savoir celui « aide sociale » majoré de 10 %, ce, à compter du 1^{er} juin 2025, dans le cadre de la Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie prévoyant l'instauration du tarif différencié et du décret 2024-1270 du 31 décembre 2024 qui en fixe les limites
- Un tarif journalier afférent à la **dépendance** arrêté par le Président du Conseil Départemental, à la charge du résident et susceptible d'être partiellement pris en charge par l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), soit directement, soit dans le cadre d'une dotation globale versée par le département à l'établissement,
- Un tarif journalier, afférent aux **soins**, arrêté par l'autorité compétente, pris en charge par l'assurance-maladie et versé à l'établissement sous forme d'une dotation globale.

Pour les résidents de plus de 60 ans, le prix de journée se décompose en trois parties :

- Une partie fixe - identique pour tous les résidents âgés de plus de 60 ans - correspondant au tarif hébergement, « gîte et couvert », c'est-à-dire recouvrant l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation sans lien avec la dépendance ;
- Une partie variable, le tarif dépendance, déterminé selon le niveau de dépendance du résident. Ce tarif couvre forfaitairement les aides pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante et l'exercice d'une surveillance régulière.
- Le ticket modérateur (reste à charge)

Pour les résidents de moins de 60 ans, le prix de journée est fixe et identique quel que soit l'état de dépendance du résident.

A. Frais d'hébergement

La date de départ de la facturation des prestations d'hébergement correspond à la date d'arrivée. Néanmoins, si le résident décide de reporter son entrée à une date ultérieure, la facturation des frais d'hébergement débute au premier jour de réservation.

Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations hôtelières (administration, accueil, restauration, entretien des locaux, animation générale) décrites au Chapitre V du présent contrat. Ces frais sont à la charge du résident et facturés selon une tarification fixée chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental. Le tarif hébergement en vigueur pour l'année en cours est annexé au présent contrat et affiché au sein de l'établissement. Le tarif révisé annuellement est communiqué individuellement par écrit au résident ou à son représentant légal au minimum 30 jours avant son entrée en vigueur, ainsi que par voie d'affichage au sein de l'établissement.

Le résident peut bénéficier de l'Allocation Personnalisée au Logement, après constitution d'un dossier soumis à des conditions de ressources. Cette allocation est versée obligatoirement à l'établissement, soit par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) si le résident dépend du régime général, soit par la Mutualité Sociale Agricole si le résident dépend du régime agricole.

Dans l'hypothèse où les revenus du résident ne seraient pas suffisants, lui-même, le représentant légal ou la famille (enfants) pourra déposer une demande d'aide sociale auprès des services compétents. La demande de cette aide modifie les modalités de règlement, il est donc important de signaler votre démarche au bureau des entrées et de remettre l'attestation de dépôt de dossier du CCAS et le courrier de réception du dossier du Conseil départemental.

S'agissant des résidents relevant de l'aide sociale, ceux-ci doivent s'acquitter eux-mêmes de leurs frais de séjours dans la limite de 90 % de leurs ressources dès dépôt de la demande d'aide sociale. 10 % des revenus personnels restent donc à la disposition de la personne âgée sans pouvoir être inférieurs à 1 % du minimum social annuel. En cas de non reversement, le contrat de séjour pourra être rompu aux conditions de l'article VIII.C.4. du présent contrat.

B. Frais liés à la dépendance

Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes âgées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation ou d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôteliers et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance.

Le tarif dépendance est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental.

En fonction de leur dépendance (évaluation AGGIR) et du niveau de leurs ressources, les résidents peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) versée par le Conseil Départemental. Cette allocation permet de couvrir en partie le coût du tarif dépendance. Cette prestation est versée soit au résident ou à son représentant légal, soit directement à l'établissement (Trésor Public). Elle est également versée dans le cadre du forfait global dépendance par le Conseil Départemental de la Haute Garonne.

Une participation au prix de journée « dépendance » reste toutefois à la charge du résident : son montant minimal est constitué du tarif afférent au GIR 5/6. Cette participation peut être éventuellement plus élevée selon les ressources du résident.

Les tarifs dépendance en vigueur pour l'année en cours sont annexés au présent contrat et affichés au sein de l'établissement.

C. Frais liés aux soins et à la coordination des soins

L'établissement est soumis depuis le 1^{er} janvier 2019 à l'option tarifaire globale sans pharmacie à usage intérieur.

Ce « tarif global » couvre la rémunération :

- Du médecin coordonnateur,
- Des médecins salariés de l'établissement,
- Des auxiliaires médicaux salariés de l'établissement,
- Des infirmiers,
- Des aides-soignants, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux (à hauteur de 70 %),
- Des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'établissement,
- Des auxiliaires médicaux libéraux intervenant dans l'établissement,
- Des examens de biologie et de radiologie autres que ceux nécessitant le recours à des équipements matériels lourds (II de l'article R712-2 du code de la santé publique) lorsque ces examens ne nécessitent pas d'hospitalisation de la personne
- Petits matériels, fournitures médicales et matériel médical amortissable dont la liste figure dans l'arrêté du 30 mai 2008.

Le tarif global ne couvre pas les médicaments.

Le tarif global ne couvre pas non plus :

- Les **soins**, avec ou sans hébergement, **en court séjour ou en SSR**, y compris au sein des structures d'alternatives à l'hospitalisation.
- Les séjours et interventions de services de **suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques**.
- Les interventions in situ des équipes pluridisciplinaires relevant des secteurs de **psychiatrie générale**.
- **Les soins dentaires** (conservateurs, chirurgicaux, prothèses) en établissement de santé ou cabinet de ville.
- Les examens médicaux nécessitant le recours à des **équipements matériels lourds** ne nécessitant pas d'hospitalisation (IRM, scanner, etc.)
- Les honoraires des **médecins spécialistes libéraux**.
- **Les transports sanitaires**.

Les prestations de soins qui ne sont pas financées par le biais du forfait soin global restent néanmoins à la charge des régimes obligatoires de base de l'Assurance Maladie **dans les conditions de droit commun**.

CONDITIONS DE FACTURATION

La délibération de l'Assemblée Départementale de la Haute Garonne du 29 janvier 2003 concernant la facturation des frais d'hébergement et de dépendance en matière d'absence pour hospitalisation ou pour convenances personnelles, est appliquée à l'ensemble des résidents accueillis en EHPAD. Conformément aux dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles, tout résident a le droit de s'absenter de l'établissement pour des durées et selon les conditions ci-dessous énumérées.

A. Facturation - Règlement - Dépôt de garantie

En signant le présent contrat, le résident ou son représentant légal, s'engage à acquitter mensuellement le montant de ses frais de séjour de ses frais d'hébergement et de dépendance et toutes les autres prestations qui ne relèvent pas de la liste des prestations minimales relatives à l'hébergement.

Ces frais sont facturés mensuellement à terme à échoir. Ils sont payables au début de chaque mois avant le 15 :

- par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public et envoyé directement à la Trésorerie de Castanet Tolosan
- Ou par prélèvement automatique

Le formulaire SEPA à renseigner pour la mise en place du prélèvement automatique est joint au présent contrat de séjour.

En cas de difficultés, voire d'impossibilité de paiement du résident, chacun des obligé(s) alimentaire(s) désignés aux articles 205 et suivants du Code civil, doit s'engager à acquitter les frais de séjour du résident. En cas de refus ou pour toutes autres causes de litige, le juge aux affaires familiales est saisi : il est chargé de fixer, le cas échéant la participation mensuelle de chaque obligé alimentaire en fonction de ses revenus.

À l'entrée dans l'établissement, un dépôt de garantie d'un montant de 1 200 euros est demandé. Ce dépôt devra être versé par virement bancaire auprès du Trésor Public après réception de l'avis des sommes à payer. Ce dépôt de garantie sera restitué intégralement dans un délai maximum de 30 jours suivant la sortie définitive du résident, déduction faite, le cas échéant, des sommes dues au titre des frais impayés ou des éventuelles réparations liées à des dégradations constatées lors de l'état des lieux contradictoire de sortie. Un état détaillé des sommes retenues, le cas échéant, sera remis au résident ou à son représentant légal.

B. Facturation en cas d'absence

Le coût du séjour reste dû en cas d'absence du résident. Des modalités spécifiques s'appliquent selon le motif de l'absence (hospitalisation ou convenance personnelle) et selon que le résident bénéficie ou non de l'aide sociale à l'hébergement.

1. HOSPITALISATIONS

En cas d'hospitalisation, la chambre est conservée par l'établissement, sauf demande expresse et écrite de résiliation par le résident ou son représentant légal.

- Pour une hospitalisation d'une durée **inférieure à 72 heures**, le résident reste redevable de **l'intégralité du tarif hébergement**.
- Pour une hospitalisation d'une durée **supérieure à 72 heures**, le résident est redevable du tarif hébergement **minoré du forfait hospitalier journalier**, sans limitation de durée.

Par ailleurs, la **participation du résident aux frais de soins (ticket modérateur) est réduite dès le premier jour d'hospitalisation**, sous réserve de présentation d'un **justificatif médical**.

2. ABSENCE POUR CONVENANCE PERSONNELLE

Le résident bénéficie d'un **droit d'absence de 5 semaines par année civile (soit 35 jours)**, pour convenance personnelle. Ces absences n'ouvrent pas droit à déduction tarifaire.

Paraphe :

- Pour toute absence prévue, le résident, sa famille ou son représentant légal doit **informer l'établissement au moins 8 jours à l'avance**.
- Pour une absence durant le week-end, l'information doit être transmise **au plus tard le mercredi soir précédant l'absence**.
- En cas de non-respect du délai de prévenance, les journées d'absence sont **facturées normalement**.

Par ailleurs, la **participation du résident aux frais de soins (ticket modérateur) est réduite dès le premier jour d'absence pour convenance personnelle**.

Pour les bénéficiaires de l'aide sociale :

- Jusqu'à 72 heures d'absence pour convenance personnelle, le tarif journalier hébergement est facturé intégralement ;
- Lorsque l'absence est supérieure à 72 heures, le tarif journalier hébergement est minoré de la moitié du montant du forfait hospitalier établi par la Sécurité Sociale ;
- Au-delà de 35 jours par année civile, les frais de séjour ne sont plus facturés au bénéficiaire de l'aide sociale. L'établissement dispose alors librement de la chambre et peut l'attribuer à une autre personne. Le résident bénéficie d'une priorité d'attribution à la première chambre disponible. La facturation est reprise au retour du résident dans l'établissement.

Pour les non bénéficiaires de l'aide sociale :

- Jusqu'à 72 heures d'absence, le tarif journalier hébergement est facturé intégralement ;
- Lorsque l'absence est supérieure à 72 heures, le tarif journalier hébergement est minoré de la moitié du montant du forfait hospitalier établi par la Sécurité Sociale, pour une durée maximale de 35 jours par année civile. Au-delà, le résident est redevable du tarif hébergement.

Tableau récapitulatif :

Type d'absence	Jusqu'à 72h	Au-delà de 72h
<u>Absence pour Hospitalisation</u>	Redevable du tarif hébergement	Redevable du Tarif Hébergement diminué du forfait journalier hospitalier

Type d'absence	Jusqu'à 72h	Au-delà de 72h	Au-delà de 35 jours par année civile
<u>Absence pour convenance personnelle</u> (Bénéficiaire de l'aide sociale)	Redevable du tarif hébergement	Redevable du tarif hébergement journalier minoré de la moitié du montant du forfait hospitalier	- Absence de facturation - Possibilité de demander libération de la chambre
<u>Absence pour convenance personnelle</u> (NON-bénéficiaire de l'aide sociale)	Redevable du tarif hébergement	Redevable du tarif hébergement journalier minoré de la moitié du montant du forfait hospitalier	Redevable du tarif hébergement

C. Facturation de la dépendance en cas d'hospitalisation ou d'absence pour convenance personnelle

Les modalités sont précisées lors de la publication du règlement départemental d'aide sociale. Elles

s'imposent à l'établissement comme aux résidents. La participation du résident à ses frais de dépendance (montant du GIR 5 / 6) est déduite dès le premier jour d'absence (soit pour une absence à 2 repas consécutifs).

MODALITÉS ADMINISTRATIVES D'EXECUTION DU CONTRAT

A. États des lieux et Inventaire

Un état des lieux contradictoire est réalisé à l'entrée et à la sortie définitive du résident. Il sert notamment à constater les éventuelles dégradations et à fixer la date d'arrêt de la facturation, notamment du tarif hébergement.

L'état des lieux d'entrée est préparé par l'agent technique de l'établissement avant l'arrivée du résident. Lors de la remise de ce document au résident ou à son représentant, celui-ci peut formuler toute observation ou réserve, qui sera intégrée au document afin de garantir son caractère contradictoire. Ce document déclenche également le remboursement du dépôt de garantie, dans le délai maximal prévu.

B. Révision du contrat

Les changements des termes initiaux du contrat peuvent faire l'objet d'avenants ou de modifications conclus dans les mêmes conditions à la demande de l'une des parties signataires.

C. Transparence financière et indicateurs CNSA

Conformément au décret n°2022-734 du 28 avril 2022, l'établissement transmet annuellement à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), pour publication transparente, les 5 indicateurs suivants :

- Composition du plateau technique ;
- Profil des chambres (simples ou doubles) ;
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement ;
- Présence effective d'un infirmier de nuit et d'un médecin coordonnateur dans l'établissement ;
- Partenariat avec un dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé mentionné à l'article L 6327-1 du code de la santé publique (DAC).

Ces informations sont accessibles aux résidents et à leurs proches sur simple demande auprès de l'administration de l'établissement.

D. Conditions d'entrée et de sortie de l'unité protégée

L'unité protégée a pour mission d'accueillir des personnes âgées présentant des maladies neurodégénératives avec des troubles du comportement importants. L'entrée et la sortie de l'unité de vie protégée font l'objet d'une réflexion menée en équipe pluridisciplinaire supervisée par le médecin coordonnateur ou traitant. Une annexe au contrat de séjour est alors établie afin de permettre au résident d'intégrer l'unité de vie protégée.

Lorsqu'il est constaté une amélioration durable des troubles du comportement, une disparition des troubles, ou encore une perte d'autonomie jusqu'à un état de dépendance du résident, il est alors envisagé le retour dans une unité de vie ouverte. Cette décision est expliquée au résident et à ses proches, et leur accord est recherché. Toutefois, elle ne peut faire l'objet d'aucune opposition de la part du résident ou de son représentant légal.

De même, une personne accueillie en unité de vie ouverte peut être orientée vers une unité de vie protégée après évaluation de l'équipe pluridisciplinaire.

Paraphe :

L'annexe au contrat de séjour sera re-signée une fois par an ; en effet, en raison de la taille actuelle de l'unité protégée (40 résidents), celle-ci ne nous permet pas de tenir les délais légaux semestriels. Néanmoins, nous nous engageons à ce que tous les deux mois, lors des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), le maintien de l'hébergement en unité de vie protégée soit discuté pour l'ensemble des résidents de l'UVP. Cette annexe peut également être révisée à tout moment à l'initiative de l'une des parties prenantes. Un avenant sera alors signé pour signifier le passage d'une UVP à une UVO.

E. Clause relative au secret professionnel – Confidentialité et Secret professionnel

1. Principe général du Secret Professionnel

Le secret professionnel est une obligation légale imposée aux professionnels de santé, conformément à l'article 226-13 du Code pénal. Cette obligation stipule que la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire en raison de son état, de sa profession, de sa fonction ou d'une mission temporaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Ce secret professionnel n'est pas une faculté mais une obligation légale et personnelle pour chaque salarié des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), sous peine de sanctions pénales.

2. Partage des informations pour la continuité des soins

Afin d'assurer la continuité et la qualité des soins, les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un résident peuvent être amenés à partager des informations relatives à ce résident. Cependant, ce partage doit respecter les conditions suivantes :

- ✓ Intérêt de la personne accompagnée : Les informations ne doivent être divulguées que dans l'intérêt de la personne accompagnée ou soignée.
- ✓ Information et accord préalable : La personne concernée doit être informée au préalable de cette divulgation et, en principe, donner son accord.
- ✓ Limitation aux données nécessaires : Les informations partagées doivent être strictement nécessaires à la personne qui reçoit ces données pour accomplir sa mission de prise en charge du résident, qu'elle soit directe ou indirecte.

Dans le cadre de la gestion des informations concernant les résidents, le principe d'accord est fondamental pour garantir le respect de leur vie privée et de leur dignité. Ce principe stipule que toute divulgation d'informations personnelles ou médicales doit être précédée de l'accord éclairé de la personne concernée.

3. Définition des quatre dimensions du Secret Professionnel

Le secret professionnel se décline en quatre dimensions essentielles :

- ✓ Obligation de confidentialité : Les informations relatives à un résident doivent être conservées confidentielles et ne peuvent être divulguées que dans les conditions prévues ci-dessus.
- ✓ Obligation de discrétion : Les professionnels doivent faire preuve de discrétion dans leurs échanges et ne doivent pas divulguer d'informations en dehors du cadre nécessaire à la prise en charge du résident.
- ✓ Droit à l'image : Les images ou représentations du résident doivent être protégées et leur diffusion est soumise à des règles strictes.
- ✓ Devoir de réserve : Les professionnels doivent faire preuve de réserve et ne pas exprimer publiquement ou de manière inappropriée des informations concernant les résidents.

En cas de non-respect de ces obligations, des sanctions peuvent être appliquées conformément à la législation en vigueur. Les professionnels de santé doivent veiller à maintenir ces standards élevés de confidentialité et de respect pour assurer la protection des droits et du bien-être des résidents.

F. Résiliation du contrat

Le présent contrat peut être résilié, tant par l'établissement que par le résident.

À l'initiative du résident

➤ Résiliation de plein droit

En cas de décès du résident, le contrat est clôturé de plein droit. La facturation du tarif dépendance et du tarif liés aux soins et à la coordination des soins prend fin le jour du décès.

La facturation du tarif hébergement est maintenue jusqu'à ce que la chambre soit libérée.

Le versement de toute aide sociale prend fin le jour du décès. En conséquence, les frais de séjour à compter de la date du décès et jusqu'à la libération complète de la chambre restent à la charge de la famille.

La chambre doit être libérée dès que possible. Au-delà de 5 jours, l'établissement peut procéder à la libération de la chambre.

En outre, dans le cas particulier où des scellés sont apposés, la période ainsi concernée donne lieu à la facturation prévue jusqu'à la libération de la chambre.

➤ Droit de rétractation et droit de résiliation

Le droit de rétractation peut être exercé par le résident ou son représentant légal, dans un délai de 15 jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure.

Dans ce cas aucun délai de préavis ne pourra lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif.

Après le délai de rétractation, le résident ou, le cas échéant, son représentant légal, peut résilier le contrat de séjour.

La décision doit être notifiée au directeur de l'établissement, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en mains propres contre récépissé. L'établissement confirme la date d'effet du départ du résident.

À compter de la notification de sa décision de résiliation, le résident dispose d'un délai de réflexion de 48 heures pendant lequel il peut retirer cette décision sans avoir à justifier d'un motif. Ce délai de réflexion s'impute sur le délai de préavis de 15 jours.

Si le résident libère la chambre avant ce préavis de 15 jours, la facturation court néanmoins jusqu'à échéance du préavis.

La chambre est libérée à la date prévue pour le départ, faute de quoi les frais d'hébergement continuent à courir.

À l'initiative de l'établissement

➤ Motifs de résiliation

La résiliation du contrat par l'établissement ne peut intervenir que dans les cas suivants :

- **En cas d'inexécution par le résident d'une obligation lui incombant** au titre de son contrat (dont le défaut de paiement) ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, sauf lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne accueillie.

- **En cas de cessation totale d'activité et/ou de fermeture définitive de l'établissement**, le contrat est résilié de plein droit. Le résident et/ou son représentant légal en est informé par écrit dans un délai permettant l'organisation d'une orientation vers une autre structure.
- **Dans le cas où le résident cesse de remplir les conditions d'admission** dans l'établissement, lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans cet établissement, après que le gestionnaire s'est assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée.

➤ **Cadre du préavis**

L'article L.311-4-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit que la durée du délai de préavis applicable à la résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement est définie par décret.

Le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 a fixé la durée de ce préavis, que la résiliation du contrat de séjour soit à l'initiative du résident ou à celle du gestionnaire de l'établissement, à un mois. Ce préavis peut être réduit à 8 jours sur demande motivée du résident ou en cas de nécessité particulière.

➤ **Cadre d'inexécution par le résident d'une obligation lui incombant**

1. *Non-respect du règlement de Fonctionnement ou du présent Contrat de Séjour*

En cas de manquement au règlement de fonctionnement et au présent contrat, l'établissement se réserve le droit de le résilier.

2. *Incompatibilité avec la vie collective de l'établissement*

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 responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur, le cadre de santé et l'intéressé accompagné éventuellement de la personne de son choix et/ou de son représentant légal.

En cas d'échec de cet entretien, le Directeur sollicite l'avis du Conseil de la vie sociale dans un délai de 30 jours avant d'arrêter 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. La chambre sera libérée dans un délai de 30 jours après la date de notification de la décision.

➤ **Cadre du défaut de paiement**

Le paiement du tarif journalier est une obligation incombant au résident au titre du contrat de séjour. Le défaut de paiement relève donc d'une inexécution du contrat de séjour et un motif de résiliation de ce dernier.

Tout retard de paiement supérieur ou égal à 30 jours après la date d'échéance fera l'objet d'un entretien personnalisé entre le Directeur et le résident ou son représentant légal, éventuellement accompagnée d'une autre personne de son choix (référént familial, obligé alimentaire, personne de confiance).

En cas d'échec de cette entrevue, une mise en demeure de payer sera notifiée au résident et/ou à son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

La régularisation doit intervenir dans un délai de 30 jours à partir de la notification du retard. A défaut, le contrat de séjour est résilié par lettre recommandée avec accusé de réception. La chambre doit être libérée dans un délai de 30 jours à compter de la résiliation du contrat de séjour.

➤ **Cadre où le résident cesse de remplir les conditions d'admission**

En l'absence de caractère d'urgence, si l'état de santé du résident ne permet plus le maintien dans l'établissement, la Direction prend toute mesure appropriée en concertation avec les parties concernées, la famille, le médecin coordonnateur et le médecin traitant et, le cas échéant.

En cas d'urgence, le représentant légal de l'établissement prend toute mesure appropriée sur avis du médecin coordonnateur de l'établissement ou du médecin traitant, le cas échéant, Si passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet plus d'envisager un retour dans l'établissement, le résident et/ou son représentant légal sont informés par le représentant légal de l'établissement dans les plus brefs délais de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception. La chambre est libérée dans un délai de trente jours après notification de la décision.

G. Responsabilités respectives

En qualité de structure 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.

Les articles 1382 à 1384 du Code Civil posent le cadre des règles générales de responsabilité applicables pour le résident dans ses relations avec les différents occupants, sauf si la responsabilité de l'établissement est susceptible d'être engagée.

Le résident s'engage au respect du règlement de fonctionnement et dudit contrat de séjour après en avoir reçu l'information écrite et orale.

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlement en vigueur. Il ne saurait être tenu responsable des pertes et vols.

H. Conservations des biens précieux par l'établissement

Dans la limite d'éventuelles mesures de protection juridique et de l'intervention de décisions de justice, le résident peut conserver des biens, effets et objets personnels et disposer de son patrimoine et de ses revenus.

➤ Objets précieux :

En ce qui concerne les objets précieux, l'établissement ne saurait être tenu responsable des pertes et vols. En effet, le résident peut demander à ce que l'établissement conserve ses objets précieux (hors sommes d'argent). Dans ce cas, **la conservation ne peut excéder une durée maximale de 30 jours** (régie de dépôt permettant cette conservation)

Au-delà de 30 jours, l'établissement ne peut plus conserver ces objets. Il sera demandé au résident ou à son représentant légal, de récupérer le(s) objet(s) confié(s).

Dans le cas où le résident souhaiterait confier (au-delà de ce délai de 30 jours), ses objets de grande valeur, il devra se faire restituer les objets déposés au coffre de l'établissement et se rapprocher de la Trésorerie de Castanet Tolosan : 11 Boulevard des Genêts 31320 Castanet-Tolosan, qui est seule habilitée à procéder à la conservation de ces biens en leurs locaux.

- **Modalités :** Les objets sont à déposer sur le site de Grenade, avec prise de rendez-vous au préalable, auprès du régisseur ou de son suppléant, pendant les jours ouvrables (9H-17H). En cas d'hospitalisation d'urgence, et en dehors de ces horaires, les bijoux du résident seront conservés dans la table de chevet de la chambre du résident qui sera fermée à clé, afin de protéger les biens avant dépôt dans le coffre du régisseur. Cette solution retenue par l'établissement (fermeture à clé de la chambre) est la meilleure option pour protéger les biens en cas d'urgence.
- **Dépôt :** Le résident (ou son représentant légal) se rapproche du régisseur (Régisseur au service administratif de Grenade) qui établira une fiche mentionnant les biens déposés et l'identité du déposant. Cette fiche devra être signée lors du dépôt par le régisseur (ou Directeur le cas

Paraphe :

échéant), le résident ou son représentant légal. Une photo de l'objet pourra être prise pour un meilleur détail de ses caractéristiques.

- Restitution : La restitution au résident devra être demandée par écrit au régisseur (Régisseur au service administratif de Grenade) et donnera lieu à la mise à jour (avec signatures) de la fiche de dépôt d'objet, lors de la remise effective de l'objet.

➤ **Sommes d'argent :**

Seule la Trésorerie de Castanet Tolosan est habilitée à procéder à la conservation des sommes d'argent, le résident ou son représentant légal devra la solliciter pour procéder à la conservation, en leurs locaux.

I. Mesure de protection

Les signataires du présent contrat attestent que le résident sous mesure de protection prévue par la loi a pu, dans le respect de ses potentialités, donner son consentement lors de la signature du présent contrat.

J. Conciliation

La personne qualifiée

Conformément à l'article L.311-5 du Code de l'action sociale et des familles, toute personne accueillie ou son représentant légal peut, en cas de difficulté, saisir une personne qualifiée.

Cette personne est chargée de l'aider à faire valoir ses droits auprès de l'établissement, notamment en cas de litige ou de non-respect des droits fondamentaux, du libre choix, de l'information, de la qualité de l'accompagnement ou de la participation à la vie de l'établissement.

La liste des personnes qualifiées désignées par l'autorité compétente est disponible auprès de la direction de l'établissement. Le résident ou son représentant peut la consulter à tout moment et saisir directement l'interlocuteur de son choix.

Pour les contacter

Agence Régionale de Santé Occitanie

Délégation de la Haute-Garonne

A l'attention de M. GAGNAIRE ou M. PORTA, personne qualifiée

10 chemin du Raison 31050 TOULOUSE Cedex 9

Par courrier électronique :

ars-oc-dd31-direction@ars.sante.fr

Médiation de la consommation

Conformément aux articles L611-1 et suivants du Code de la consommation, tout résident ou son représentant légal peut saisir gratuitement un médiateur de la consommation en cas de litige relatif à l'exécution du contrat de séjour (par exemple, facturation, prestations hôtelières...), à l'exclusion des litiges relatifs aux soins médicaux.

Avant toute saisine du médiateur, une réclamation écrite doit être adressée à l'établissement.

L'établissement a désigné comme médiateur :

Association des Médiateurs Européens (AME) 11, place Dauphine – 75053 PARIS CEDEX 01

Site internet : www.mediationconso-ame.com

Tél. : 09 53 01 02 69

K. Les voies de recours - Tribunal compétent

Les conflits nés de l'application des termes du présent contrat sont, en l'absence de procédures amiables ou lorsque celles-ci ont échoué, portés devant le tribunal administratif de Toulouse.

L. Documents remis au résident

Les documents mentionnés ci-dessous ont été remis au résident ou son représentant légal au cours de la procédure d'admission.

Cocher les documents remis au signataire du présent contrat

➤ **Pour information**

- Le règlement de fonctionnement de l'établissement
- Le livret d'accueil
- La Charte des Droits et Libertés de la personne accueillies (annexe n°1)
- La Charte de la Bientraitance de Saint-Jacques (annexe n°1 bis)
- La liste des prestations sociales (annexe n°2)
- Livret d'information sur la personne de confiance (annexe n°3bis)
- Notice d'information sur les directives anticipées (annexe n°9)
- Les tarifs (valable le jour de la signature du contrat) (annexe n°13)
- La liste des professionnels de santé libéraux intervenants dans l'établissement (annexe n°15 – n°16)

➤ **Pour renseignement et ajout au dossier**

- Carte Vitale
- Dépôt de garantie de 1 200 € à effectuer par virement ou chèque auprès du Trésor public de Castanet-Tolosan
- Sous pli cacheté, le dossier médical complet notamment compte rendu d'hospitalisation (si transfert depuis un établissement hospitalier)
- Traitement médical pour 48h
- Le formulaire sur la désignation d'une personne de confiance (annexe n°3)
- Le formulaire « Coordonnées du référent familial » (annexe n°4)
- Le questionnaire « Aidez-nous à mieux vous connaître » (annexe n°5)
- Le questionnaire « Conduite à tenir » (annexe n°6)
- Le consentement à la vaccination contre la grippe (annexe n°7)
- Le consentement à la vaccination contre la COVID (annexe n°8)
- Le formulaire « Droit à l'image » (annexe n°10)
- Le formulaire « Droit de vote et inscription sur les listes électorales » (annexe n°11)
- Le formulaire « Gestion du courrier » (annexe n°12)
- Le formulaire SEPA pour la mise en place du paiement par prélèvement automatique (annexe n°14)
- Le formulaire « Trousseau et inventaire » Femme (annexe n°17)
- Le formulaire « Trousseau et inventaire » Homme (annexe n°18)
- Le/Les reçu(s) de dépôt des objets au coffre (annexe n°19)

Paraphe :

Les contrats de Séjour seront complétés, paraphés et signés uniquement par le résident lui-même ou son mandataire après l'entretien d'admission réalisé sur l'EHPAD.

Fait à

Le

La Personne accueillie :

(Ou son représentant légal)

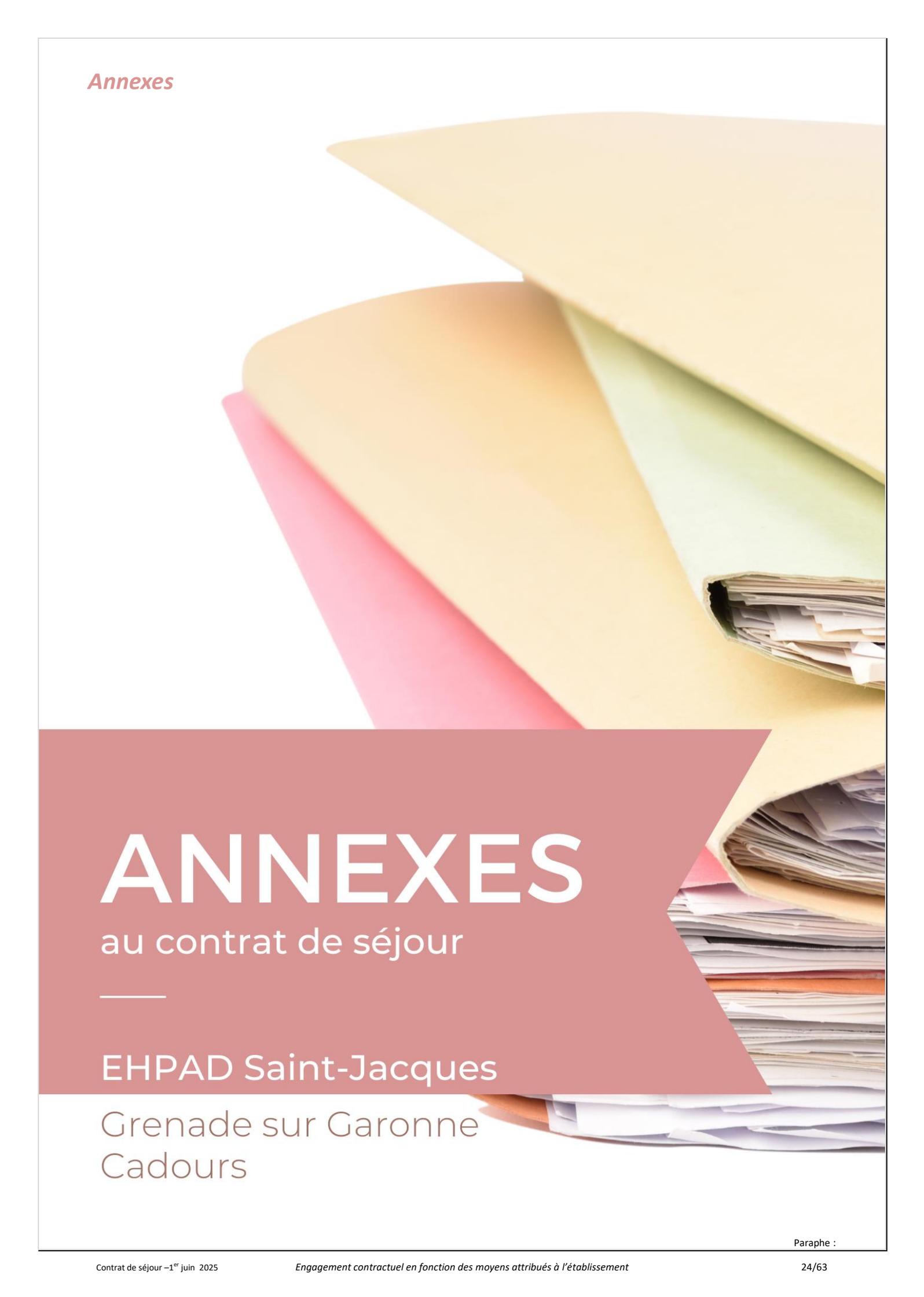
(Signature)

Déclare avoir pris connaissance du présent Contrat de Séjour ainsi que du règlement de fonctionnement dont un exemplaire original m'a été remis, en avoir compris les termes et en accepter les conditions sans réserve.

Pour l'EHPAD Saint-Jacques, le Directeur, Monsieur Didier CARLES.

Confirme que le Contrat de Séjour a été signé des deux parties.

(Signature)



ANNEXES

au contrat de séjour

EHPAD Saint-Jacques

Grenade sur Garonne
Cadours

12 principes fondamentaux pour vivre ensemble

11

Droit à la pratique religieuse

12

Respect de la dignité de la personne et de son intimité

1

Principe de non-discrimination

2

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

10

Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE



3

Droit à l'information

9

Principe de prévention et de soutien

8

Droit à l'autonomie

4

Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

7

Droit à la protection

6

Droit au respect des liens familiaux

5

Droit à la renonciation

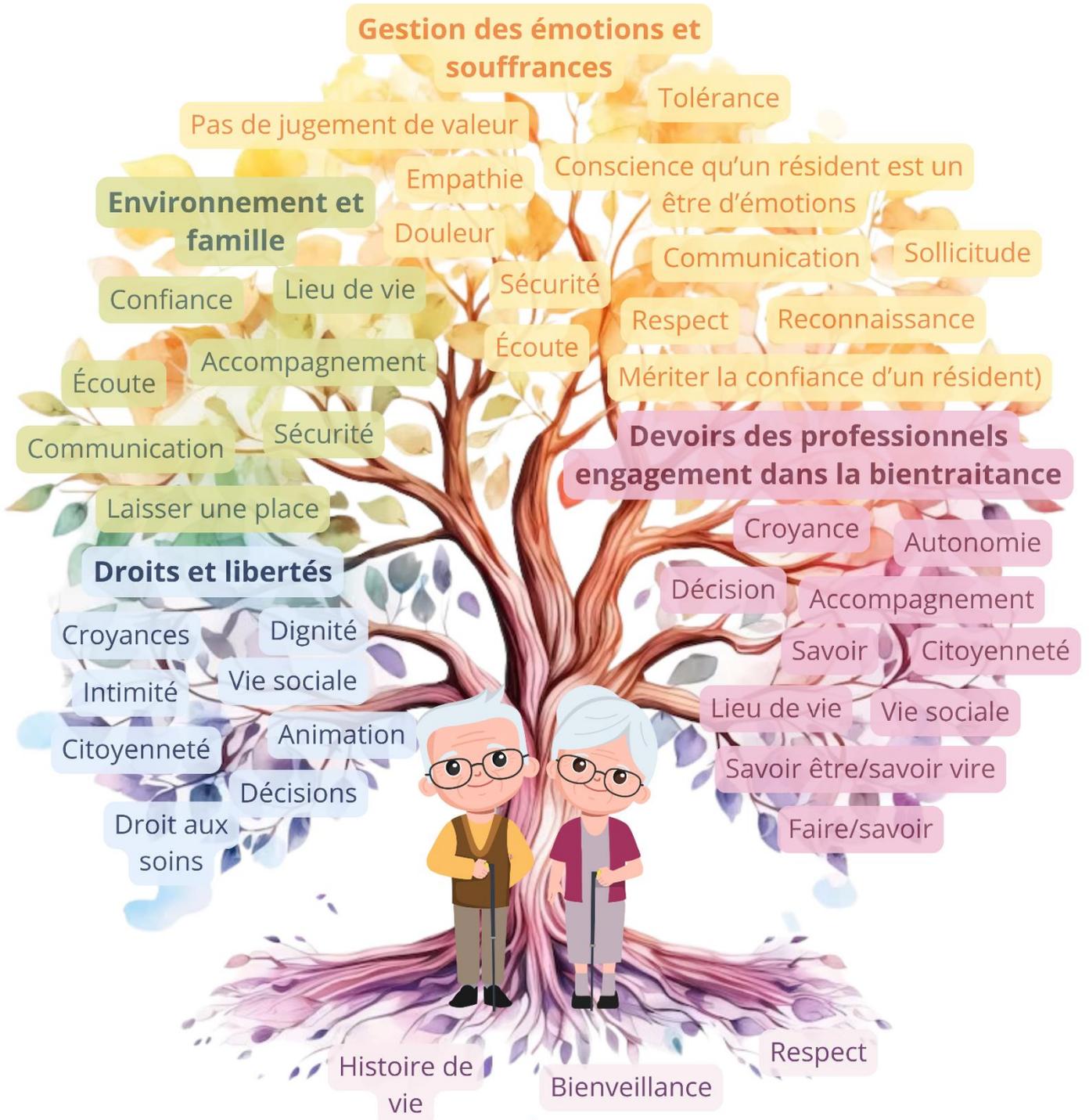


Marion Colby
QUALITE

Cette charte établit les principes applicables à l'accueil d'une personne, quel que soit le mode d'accueil, en application de l'article L. 311-1." Art. L. 116-1 de la LOI n° 2002-2.

Parapne :

Bienveillance



Chaque sourire, chaque geste bienveillant est une victoire pour la dignité et le respect de nos aînés.

ANNEXE n°2 : Socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par l'EHPAD

SOCLE DE PRESTATIONS RELATIVES À L'HÉBERGEMENT DELIVRÉES PAR L'EHPAD

Nota Bene :

Les prestations décrites dans la présente annexe relèvent du **socle de prestations minimales obligatoires** tel que défini à l'article L. 314-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ces prestations sont incluses dans le tarif hébergement. Toute prestation **optionnelle** susceptible de donner lieu à facturation figure dans les annexes spécifiques ou est affichée dans l'établissement.

Liste des prestations minimales incluses dans le tarif hébergement (conformément à l'annexe 2-3-1 du Code de l'action sociale et des familles).

Prestations d'administration générale

1. Gestion administrative de l'ensemble du séjour :
 - Tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;
 - Etat des lieux contradictoires d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement ;
 - Tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement ;
2. Elaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ;
3. Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun.

Prestations d'accueil hôtelier

1. Mise à disposition de la chambre (individuelle ou double) et des locaux collectifs ;
2. Accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes ;
3. Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement ;
4. Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD ;
5. Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour ;
6. Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ;
7. Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;
8. Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre ;
9. Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans les chambres et dans les espaces communs de l'établissement.

Prestation de restauration

1. Accès à un service de restauration ;
2. Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.

Prestations de blanchissage

10. Fourniture et pose du linge de toilette, du linge relatif à l'entretien et à l'usage du lit et du linge de table ainsi que, le cas échéant, leur renouvellement et leur entretien ;
11. Marquage et entretien du linge personnel des résidents.

Prestation d'animation de la vie sociale

12. Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ;
13. Organisation des activités extérieures

ANNEXE n°3 : Formulaire de désignation de la personne de confiance

**FORMULAIRE DE DESIGNATION
DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e),

Nom et prénom :

Né(e) le :

A :

Désigne

Nom et prénom :

Né(e) le :

A :

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse :

.....

Téléphone fixe / professionnel / portable :

Courriel :

Comme personne de confiance en application de l'[article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles](#).

Fait à, le :

Signature :

Cosignature de la personne de confiance :

[Signature box]

[Cosignature box]

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#), selon les modalités précisées par le même code : oui non

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'[article L. 1111-11 du code de la santé publique](#), si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à, le :

Signature :

Cosignature de la personne de confiance :

[Signature box]

[Cosignature box]

Paraphe :

LIVRET D'INFORMATION

La personne de confiance



Parce que vous bénéficiez de l'accompagnement d'un service à domicile, ou parce que vous êtes accueillis dans un établissement pour personnes âgées,

**La Loi vous donne le droit de désigner
une « personne de confiance ».**

**Cette personne vous accompagnera dans vos démarches
afin de vous aider dans vos décisions.**

Quel est le rôle de la personne de confiance ?

Accompagnement et présence

La personne de confiance peut, si vous le souhaitez :

- **Être présente à l'entretien** de conclusion de votre contrat d'accompagnement ou de séjour.
- **Vous accompagnez par la suite dans vos démarches** liées à votre prise en charge et vous aider dans vos décisions.
- **Assister à certains entretiens médicaux** prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.



Aide pour la compréhension de vos droits

Votre personne de confiance sera consultée par l'établissement au cas où vous rencontriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits. **Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions.**

La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations qui vous concernent.

Quand désigner la personne de confiance ?

Vous pouvez la désigner **à n'importe quel moment.**

Si vous souhaitez que cette personne vous accompagne lors de la conclusion du contrat de séjour ou d'accompagnement, il faudra la désigner au préalable.

Comment désigner une personne de confiance ?

La désignation se fait **par écrit**. Il existe un formulaire officiel (transmis avec ce livret), mais vous pouvez aussi le faire sur papier libre, daté et signé en précisant bien le **nom**, le **prénom** et les **coordonnées** de la personne de confiance.

La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire ou, le cas échéant, le document.



Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment.

Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour la désignation (formulaire à disposition auprès de l'accueil de l'établissement).

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté (formulaire transmis avec ce livret).

A savoir : **si vous bénéficiez d'une mesure de protection judiciaire** pour les actes relatifs à la personne, **la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation** du conseil de famille (s'il a été constitué) ou du juge des tutelles.

Qui peut être la personne de confiance ?

Vous pouvez désigner comme personne de confiance **toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance**, par exemple un membre de votre famille, un proche ou encore votre médecin traitant.

Il est important **d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation** et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer sa portée.



La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation. Il convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

Suis-je obligé de désigner une personne de confiance ?

En tant que personne majeure prise en charge par une structure sociale ou médico-sociale, la désignation d'une personne de confiance est **un droit qui vous est offert**, mais **ce n'est pas une obligation** : vous êtes libre de n'avoir aucune « personne de confiance », tout en étant entourés de parents et de proches qui vous aident et vous accompagnent.

COORDONNEES DU RÉFÉRENT FAMILIAL

Le référent familial assure la coordination de l'entourage. Il est le correspondant prioritaire avec la structure.

Monsieur ou Madame (Nom - Prénom) :

Domicilié(e) à :

.....

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Courriel :

Monsieur ou Madame (Nom - Prénom) :

Lien de parenté ou autre avec le résident :

.....

Le référent familial est l'interlocuteur privilégié de l'EHPAD pour tout ce qui concerne la vie quotidienne, le bien-être et la sécurité du résident.

Toute information essentielle, tout document ou tout courrier pouvant intéresser les proches du résident seront envoyés exclusivement au référent familial, à charge pour lui d'en assurer la diffusion aux personnes de son choix.

La désignation du référent familial n'exclut en rien les droits et obligations des proches du résident en qualité d'obligés alimentaires, tels que définis par les articles 203 et suivants du Code Civil.

En l'absence de mandat de protection juridique, le référent familial désigné ci-dessus accompagne le résident dans ses démarches administratives, relationnelles et financières si besoin. Il s'engage à délivrer à l'établissement les informations essentielles concernant le résident et relevant de la seule autorité familiale. Il communique à l'établissement lors de l'admission, la liste des enfants et des proches du résident et assure le traitement des dossiers courants en lien avec les organismes publics ou privés (Conseil Départemental, Sécurité Sociale, mutuelle, compagnie d'assurance...). Il s'engage à mettre à jour les documents administratifs tout au long du séjour.

De plus, le référent familial veille à l'approvisionnement régulier du trousseau ou des effets personnels destinés au résident (vêtements, accessoires de toilette...).

À tout moment, le résident a la liberté de changer de référent familial.

La Personne accueillie ou son représentant légal

Fait à :

Le :

(Signature)

ANNEXE n°5 : Aidez-nous à mieux vous connaître

AIDEZ-NOUS À MIEUX VOUS CONNAÎTRE

Nom : _____ Prénom : _____

« Bonjour

Vous allez prochainement vous installer à l'EHPAD Saint-Jacques.

Cet établissement s'inscrit dans le droit fil des principes de la loi de n°2002-2 du 2 janvier 2002. Il souhaite favoriser l'expression et la participation de l'utilisateur à la définition de son projet de vie.

Afin de préparer dès à présent et ensemble cet accueil, nous vous demandons de compléter ce questionnaire. Il a pour vocation à éclaircir les professionnels qui vous accompagneront quotidiennement sur vos habitudes de vie et servira de point d'appui pour l'élaboration conjointe de votre projet de vie au sein de l'EHPAD.

Vous pouvez le compléter seul(e) ou avec la personne de votre choix. Dans le cadre du secret professionnel, toutes vos indications sont strictement confidentielles.

Ce document est à remettre dans le dossier de préadmission ».

HISTOIRE DE VIE

Avez-vous des enfants ? Oui Non Si oui, combien ? _____
Lieu de vie : Vous vivez en ville Vous vivez en campagne
Vivez-vous seul(e) ? Oui Non
Si « non » En famille Autre : _____

Quelles profession(s) avez-vous éventuellement exercée(s) ?

Quels sont les évènements les plus marquants de votre vie ?

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Quelles sont les visites que vous recevez (familles, amis, voisins ...) ?

Quelles sont les visites que vous effectuez régulièrement ?

Faites-vous ou avez-vous fait partie d'une association ? Oui Non

Si oui, dans quel domaine ? _____

HABITUDES QUOTIDIENNES

Aimez-vous les animaux ? Oui Non Si oui, le(s)quel(s) ? _____
Conduisez-vous ? Oui Non Si oui, avez-vous et utilisez-vous un véhicule ? _____
Êtes-vous fumeur/fumeuse ? Oui Non

Quelles sont vos émissions de télévision favorites ?

Paraphe :

QUELS SONT VOS CENTRES D'INTÉRÊTS ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Musique / concert / chorale | <input type="checkbox"/> Chasse / pêche | <input type="checkbox"/> Sport |
| <input type="checkbox"/> Expositions | <input type="checkbox"/> Danse de salon | Préciser le(s)quel(s) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Dessin / peinture | <input type="checkbox"/> Informatique | _____ |
| <input type="checkbox"/> Promenades | <input type="checkbox"/> Jeux de société, jeux de cartes, échecs, loto | <input type="checkbox"/> Instrument de musique |
| <input type="checkbox"/> Marche à pied | <input type="checkbox"/> Tricot, couture, canevass, broderie | Préciser le(s)quel(s) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Lecture | <input type="checkbox"/> Activités manuelles (décorations, art floral...) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Jardinage | <input type="checkbox"/> Discussions avec des ami(e)s | <input type="checkbox"/> Gymnastique douce |
| <input type="checkbox"/> Animaux | <input type="checkbox"/> Voyages : excursions | <input type="checkbox"/> Pétanque |
| <input type="checkbox"/> Photographie | <input type="checkbox"/> Shopping | |
| <input type="checkbox"/> Télévision / cinéma | <input type="checkbox"/> Écriture (correspondances) | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Cuisine / gastronomie | Préciser : _____ |
| <input type="checkbox"/> Théâtre | <input type="checkbox"/> Bricolage | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sculpture | | |

PRATIQUES RELIGIEUSES

- Avez-vous une religion ? Oui Non Si oui, le(s)quel(s) ? _____
- Êtes-vous pratiquant(e) ? Oui Non

HABITUDES ALIMENTAIRES

Quels sont les plats que vous aimez le plus ? _____

Quels sont les plats que vous aimez le moins ? _____

Autres précisions par rapport à vos goûts : _____

HABITUDES VESTIMENTAIRES

- Êtes-vous frileux/frileuse ? Oui Non
- Quel type de vêtements aimez-vous porter (robe, pantalon chapeau....) ? _____

LE SOMMEIL

- À quelle heure aimez-vous vous lever ? _____
- Faites-vous la sieste ? Oui Non
- À quelle heure aimez-vous vous coucher ? _____

LA TOILETTE

- Appréciez-vous la douche ? Oui Non
- Appréciez-vous le bain ? Oui Non

COMMUNICATION

Quelle est votre langue maternelle ? _____

Parlez-vous d'autres langues que le français ? _____

Connaissez-vous quelqu'un dans l'établissement (résident, membre du personnel ...) ? _____

Avez-vous des attentes ou des souhaits par rapport à l'EHPAD ? _____

Souhaitez-vous d'ores-et déjà apporte des compléments d'informations non abordés dans ce questionnaire ? _____

« Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à ce questionnaire et vous souhaitons la bienvenue. »

Paraphe :

CONDUITE A TENIR

NOM ET PRENOM DU RESIDENT :

NOM DU REFERENT FAMILIAL :

Souhaitez-vous être prévenu :

D'un rendez-vous de consultation
extérieur à l'EHPAD

Oui

Non

En cas de chute

Oui

Non

Si OUI :

avec conséquences visibles
sans conséquences visibles

Le jour

La nuit

Le jour

La nuit

D'une hospitalisation

Oui

Non

Quelle que soit l'heure

En journée uniquement
(de 8h à 20h)

Du décès

Oui

Non

Quelle que soit l'heure

En journée uniquement
(de 8h à 20h)

NOM DE LA PERSONNE DE CONFIANCE : (si différent du référent familial)

Souhaitez-vous être prévenu :

Du décès

Oui

Non

Quelle que soit l'heure

En journée uniquement
(de 8h à 20h)

PRESENCE D'UN CONTRAT

Oui

Non

Si oui, merci de fournir un justificatif

OBSEQUES

PRESENCE DE DIRECTIVES

Oui

Non

Si oui, merci de fournir un justificatif

ANTICIPEES

Paraphe :

ANNEXE n°7 : Le consentement à la vaccination contre le virus de la GRIPPE

DOCUMENT DE RECUEIL DU CONSENTEMENT POUR LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

Nom du Résident :

Date de Naissance :

Nom du Représentant Légal/Personne de Confiance/Référent Familial :

Lien avec le Résident : *(Par exemple, fils, fille, tuteur légal, etc.)*

Coordonnées du Représentant :

- Téléphone :
- E-mail :

Objet : Ce document vise à recueillir le consentement du représentant légal, de la personne de confiance, ou du référent familial pour la vaccination du résident mentionné ci-dessus contre la Grippe.

Vaccination Concernée :

- Vaccin contre la Grippe
- ***Tous les rappels éventuels préconisés par les autorités sanitaires, sauf formulation explicite d'un refus ultérieur.***

Modalités de Consentement :

- Le consentement donné à travers ce document s'applique à la série initiale de vaccinations ainsi qu'à l'ensemble des rappels recommandés ultérieurement par les autorités sanitaires.
- Le représentant a la possibilité de refuser explicitement toute vaccination future en formulant un refus par écrit.

Information et Prise de Décision :

- Le représentant légal/personne de confiance/référent familial reconnaît avoir reçu toutes les informations nécessaires sur le bénéfice-risque de la vaccination contre la Grippe.
- Il est conscient que la vaccination est une démarche volontaire et qu'il a le droit de refuser la vaccination initiale ou les rappels à tout moment.

Nom et Qualité du Signataire :

Date :

Signature :

Paraphe :

ANNEXE n°8 : Le consentement à la vaccination contre le virus de la COVID

DOCUMENT DE RECUEIL DU CONSENTEMENT POUR LA VACCINATION CONTRE LA COVID

Nom du Résident :

Date de Naissance :

Nom du Représentant Légal/Personne de Confiance/Référent Familial :

Lien avec le Résident : *(Par exemple, fils, fille, tuteur légal, etc.)*

Coordonnées du Représentant :

- Téléphone :
- E-mail :

Objet : Ce document vise à recueillir le consentement du représentant légal, de la personne de confiance, ou du référent familial pour la vaccination du résident mentionné ci-dessus contre la COVID.

Vaccination Concernée :

- Vaccin contre la COVID
- Tous les rappels éventuels préconisés par les autorités sanitaires, sauf formulation explicite d'un refus ultérieur.

Modalités de Consentement :

- Le consentement donné à travers ce document s'applique à la série initiale de vaccinations ainsi qu'à l'ensemble des rappels recommandés ultérieurement par les autorités sanitaires.
- Le représentant a la possibilité de refuser explicitement toute vaccination future en formulant un refus par écrit.

Information et Prise de Décision :

- Le représentant légal/personne de confiance/référent familial reconnaît avoir reçu toutes les informations nécessaires sur le bénéfice-risque de la vaccination contre la COVID.
- Il est conscient que la vaccination est une démarche volontaire et qu'il a le droit de refuser la vaccination initiale ou les rappels à tout moment.

Nom et Qualité du Signataire :

Date :

Signature :

Paraphe :

NOTICE D'INFORMATION SUR LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Mes directives anticipées

pour ma fin de vie



Les directives anticipées sont mes souhaits pour ma fin de vie

Cela veut dire le jour où je vais mourir

On est tous différents et on n'a pas les mêmes souhaits.

C'est important que j'en parle avec mes proches ou avec une personne de confiance.

C'est important d'écrire ce que je souhaite pour qu'on respecte mes choix.



Pour m'aider à faire respecter mes choix , une loi a été votée en 2005 . Elle a été complétée en 2016.

Cette loi prévoit deux possibilités complémentaires :



1

Les directives anticipées

Formule à remplir pour les directives anticipées, avec une ligne de titre et trois zones de texte horizontales.



2

La personne de confiance

Formule à remplir pour la personne de confiance, avec une ligne de titre, une zone de photo, et trois zones de texte horizontales.





C'est un document que j'écris et que je signe.

C'est un document sur lequel je dis tout ce que je veux pour ma fin de vie.

Si je ne peux pas écrire, je peux faire appel à deux personnes pour le faire à ma place.

C'est une personne que je choisis.

Si lors de ma fin de vie, je ne suis pas en mesure de dire ce que je veux, c'est cette personne qui témoignera de mes choix.

Cela peut être quelqu'un de ma famille, un ami, ou mon médecin traitant.

Si je suis sous tutelle, il faut l'accord du juge des tutelles ou du conseil de famille pour écrire mes directives anticipées.

Mes directives anticipées

- Je remplis et je signe ce document
- J'en garde un exemplaire pour moi
- J'en donne un exemplaire à ma personne de confiance
- J'en donne un exemplaire à mon médecin traitant



Je soussigné(e)

Mon nom

Mon prénom

Je suis né(e) le :

Dans la ville de :

Mon adresse :

Mon numéro de téléphone :

Dans le cas où, au moment de ma fin de vie, je ne suis pas capable d'exprimer ce que je veux, je donne maintenant mes directives anticipées.

Ce qui est dit dans ce document est ce que je pense.

Ce sont mes volontés.

Je suis seul(e) à décider ce que je veux pour ma fin de vie.

OUI NON

Est-ce que je veux recevoir des soins adaptés et utiles?

Cela veut dire, que si le médecin sait que je ne peux pas guérir, je refuse les traitements inutiles.

Cela veut dire que je ne veux pas qu'on me maintienne en vie artificiellement.

Par exemple avec une machine qui respire à ma place.

OUI NON

Est-ce que je veux qu'on me donne des médicaments pour ne pas souffrir ?

OUI NON

Est-ce que je veux recevoir une sédation profonde?

Une sédation profonde, c'est recevoir un traitement pour m'endormir.

Le but est de perdre conscience jusqu'au moment de mon décès.

OUI NON

Si la loi le permet un jour, est-ce que je veux qu'on m'aide à mourir ?

Par exemple en me donnant un médicament pour ne plus me réveiller.

Cela s'appelle l'euthanasie.

Pour le moment en France, c'est interdit.

Je souhaite préciser les informations suivantes

Si cela est possible je préférerais mourir

Sur mon lieu de vie À l'hôpital Autre

OUI NON

Est-ce que je veux avoir une cérémonie religieuse ou spirituelle ?

Si oui mes croyances sont :

Si cela est possible, je préfère être

Enterré(e) Incinéré(e)

OUI NON

Après ma mort, est-ce que je souhaite faire don de mes organes

Cela veut dire, par exemple donner mon cœur à quelqu'un qui en a besoin pour vivre

OUI NON

Est-ce que j'ai des choses importantes à ajouter?

Date :

Je signe :

Ma personne de confiance

C'est une personne que je choisis.

Si lors de ma fin de vie, je ne suis pas en mesure de dire ce que je veux, c'est cette personne qui témoignera de mes choix.

Cela peut être quelqu'un de ma famille, un ami, ou mon médecin traitant.



Je désigne ma personne de confiance

Son nom

Son prénom

Sa date de naissance :

Dans la ville de :

Son adresse :

Son numéro de téléphone :

Son adresse mail :

Date :

Je signe :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je soussigné(e)

Nom.....prénom.....

accepte d'être personne de confiance de.....

et reçoit mandat exprès pour avoir accès au dossier médical.

Date :

Signature :



Mes directives anticipées



Ce document a été conçu et mis gracieusement à disposition par le

DROIT À L'IMAGE

Le droit à l'image vous permet d'autoriser ou de refuser la reproduction et la diffusion publique de votre image, si vous êtes identifiables sur celle-ci.

IMPORTANT : le droit à l'image appartient à chaque individu. Vous êtes donc le ou la seule à pouvoir exprimer l'autorisation ou le refus de l'utilisation de votre image.

Je soussigné(e) _____

Né(e) le ____/____/____ à _____

Résidant à la Résidence Saint-Jacques, sur le site de _____

Consent à ce que les photographies de ma personne soient diffusées :

Dans le cadre de l'affichage, au sein de l'établissement, des photographies prises lors d'animation, fêtes et manifestations ➤ Sur le site de Grenade	
	OUI - NON
➤ Sur le site de Cadours	OUI - NON
Dans le cadre de la gazette de l'établissement, diffusée auprès de l'entourage des personnes accompagnées et de la commune ➤ Sur le site de Grenade	
	OUI - NON
➤ Sur le site de Cadours	OUI - NON
Sur le site internet et les réseaux sociaux de l'établissement	OUI - NON

J'ai été informé(e) :

- Que ce formulaire ne concerne que les diffusions publiques de mon image et exclut donc la photographie utilisée dans mon dossier informatisé
- Que les utilisations éventuelles ne peuvent en aucun cas porter atteinte à ma vie privée et plus généralement ne sont pas de nature à me nuire ou à me causer quelconque préjudice
- Que je peux m'opposer à tout moment à la diffusion de mon image
- Que cette autorisation sera revue chaque année, dans le cadre de la réévaluation de mon projet d'accompagnement au sein de l'établissement

Fait à _____, le ____/____/____

Signature

Le cas échéant, **nom et signature de la personne ayant accompagné le recueil du choix**

DROIT DE VOTE

Dans le cadre de l'exercice des droits civiques des résidents, voici les informations relatives aux conditions et démarches pour l'inscription sur les listes électorales.

Conditions d'inscription

1. Nationalité :
 - Être de nationalité française ou citoyen d'un pays de l'Union Européenne (uniquement pour les élections municipales et européennes).
2. Âge :
 - Avoir 18 ans révolus au moment de la clôture des inscriptions ou atteindre cet âge avant le jour du scrutin.
3. Capacité :
 - Jouir de ses droits civils et politiques.

Démarches d'inscription

1. Période d'inscription :
 - Les demandes d'inscription sont possibles toute l'année. Cependant, pour voter lors d'une élection donnée, l'inscription doit être effectuée avant une date limite (généralement le 31 décembre de l'année précédente, sauf exceptions permettant une inscription jusqu'à un mois avant l'élection).
2. Documents nécessaires :
 - Formulaire d'inscription : Cerfa n°12669*02, disponible ci-dessous, auprès des animatrices ou en mairie.
 - Justificatif d'identité : Carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité.
 - Justificatif de domicile : Attestation de résidence en EHPAD, facture récente (électricité, gaz, eau, téléphone) ou attestation sur l'honneur émise par la direction de l'EHPAD.
3. Modalités d'inscription :
 - En ligne : Via le site officiel Service-Public.fr avec un compte FranceConnect.
 - En mairie : En se rendant à la mairie du lieu de résidence (Grenade ou Cadours) avec les documents requis.
 - Par courrier : En envoyant les documents justificatifs et le formulaire à la mairie.
 - Par procuration : Un tiers mandaté peut effectuer cette démarche au nom du résident (Cerfa n°14952*03).
4. Cas particuliers :
 - Changement d'adresse : En cas de déménagement dans un autre EHPAD, une nouvelle inscription est nécessaire dans la commune du nouveau domicile.

Accompagnement et assistance au sein de l'EHPAD

Les animatrices de l'EHPAD sont disponibles pour :

- Informer les résidents sur les conditions et démarches d'inscription.
- Aider à compléter les formulaires et rassembler les documents nécessaires.
- Fournir les formulaires Cerfa et les explications nécessaires à leur compréhension.
- Accompagner les résidents dans la mesure des possibilités le jour des élections, selon les besoins et le nombre de demandes.



INSCRIPTION SUR LES LISTES ÉLECTORALES DES CITOYENS FRANÇAIS

Recommandations générales

- 1 – Pour que votre inscription sur les listes électorales soit effective pour le prochain scrutin, votre formulaire de demande d'inscription et les pièces justificatives (voir la rubrique « documents à fournir » ci-dessous) doivent impérativement être parvenus en mairie au plus tard le **6^e vendredi précédent ce scrutin**.
- 2 – Veillez à remplir le formulaire en **lettres majuscules** de façon **lisible**.
- 3 – **Il est fortement recommandé d'indiquer un numéro de téléphone et/ou une adresse électronique**, et le cas échéant l'adresse à laquelle vous pouvez être joint par courrier, afin de faciliter les échanges avec votre commune au cas où votre demande serait incomplète et pour qu'un accusé de réception sous format numérique puisse vous être adressé. Ces données de contact ne seront utilisées qu'aux seules fins de gestion des listes électorales par la commune ou le consulat.
- 4 – En l'absence d'accusé de réception de la part de votre mairie ou consulat, par courrier ou par courriel, assurez-vous **avant le 6^e vendredi précédent un scrutin** que votre demande a bien été reçue par les services compétents.

Documents à fournir

Afin que votre inscription soit prise en compte, vous devez impérativement déposer au service des élections de votre mairie ou consulat les trois types de documents suivants :

1 – Le formulaire d'inscription dûment renseigné

Veillez à être le plus clair et lisible possible, et à bien remplir toutes les rubriques du formulaire qui vous concernent.

2 – Une photocopie d'un titre d'identité et de nationalité en cours de validité

Vous adresserez à votre commune une photocopie lisible de votre pièce d'identité en cours de validité ou expiré depuis moins de cinq ans :

- carte nationale d'identité (photocopie recto verso) ;
- ou passeport (photocopie de la double page où figure votre photo) ;

3 – Un justificatif de domicile

Seront acceptées :

- les pièces prouvant que vous êtes domicilié(e) dans la commune où vous souhaitez être inscrit(e) (facture d'électricité, de gaz ou de téléphone fixe). **Veillez à ce que les factures soient établies à vos nom et prénoms et qu'elles datent de moins de 3 mois ;**
- ou les pièces permettant de prouver que vous êtes inscrit(e), pour la deuxième année et sans interruption, au rôle d'une des contributions directes communales ou que votre conjoint(e) répond à ces conditions.

Cas particuliers :

- **Les personnes domiciliées chez un parent ou un tiers** sont invitées à prendre contact avec leur mairie pour connaître les justificatifs à fournir.
- **Les personnes souhaitant s'inscrire en qualité de gérant, associé majoritaire ou unique, d'une société figurant au rôle de la commune** sont invitées à prendre contact avec leur mairie pour connaître les justificatifs à fournir.
- **Pour les personnes de moins de 26 ans souhaitant s'inscrire dans la commune de domicile de leurs parents, seront acceptées :**
 - les pièces prouvant que vos parents sont domiciliés dans la commune où vous souhaitez vous inscrire (facture d'électricité, de gaz ou de téléphone fixe). Veillez à ce que les factures soient établies à leurs nom et prénoms et qu'elles datent de moins de 3 mois ;
 - les pièces prouvant la filiation avec le titulaire de la domiciliation (copie du livret de famille, extrait d'acte de naissance avec filiation).
- **Pour les personnes résidant à l'étranger, seront acceptés :**
 - les pièces prouvant que vous êtes inscrit(e) au rôle des contributions directes de la commune sur la liste électorale de laquelle vous souhaitez être inscrit(e) ;
 - ou**
 - un certificat d'inscription au registre des Français établis hors de France et les pièces prouvant que la commune sur la liste de laquelle vous souhaitez être inscrit(e) est soit : votre commune de naissance ; la commune de votre dernier domicile en France ; la commune de votre dernière résidence en France, à condition que cette résidence ait été de six mois au moins ; la commune sur la liste électorale de laquelle est né, est inscrit ou a été inscrit un de vos ascendants ; la commune sur la liste électorale de laquelle est inscrit un de vos parents au quatrième degré.

NB : la mention « inscrit(e) au registre des Français établis hors de France » suivie du cachet de l'ambassade ou du poste consulaire compétent et de la date apposée à la ligne du « cachet de la mairie » vaut certificat d'inscription.

Pour toute difficulté ou en cas de situation individuelle particulière, n'hésitez pas à contacter le service des élections de votre mairie.

Les droits d'accès et de rectification prévus par les articles 15 et 16 du Règlement (UE) 2016/679 (règlement général sur la protection des données) s'exercent auprès de l'Institut national de la statistique et des études économiques. Les droits d'opposition (art. 21 du RGPD), de limitation (art. 18 du RGPD) et d'effacement (art. 17 du RGPD) ne s'appliquent pas au présent traitement.

Les droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 s'exercent auprès de l'Institut de la statistique de la Polynésie française pour les listes électorales de la Polynésie française et auprès de l'Administrateur supérieur des îles Wallis et Futuna pour les listes électorales des îles Wallis et Futuna. Les droits d'opposition (art. 38 de la loi susvisée) et d'effacement (art. 40 de la loi susvisée) ne s'appliquent pas au présent traitement.



DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LES LISTES ÉLECTORALES À L'USAGE DES CITOYENS FRANÇAIS

(code électoral, articles L. 2 à L. 40)

--	--	--	--

Formulaire valable uniquement s'il est accompagné des pièces justificatives (voir notice explicative au dos)

1. ÉTAT CIVIL

NOM :

Nom de naissance (ou nom figurant dans les actes d'état-civil)

NOM D'USAGE :

PRÉNOM(S) :

SEXE : M F

NÉ(E) LE :

/

/

À :

Commune* (Pour Paris, Lyon et Marseille, indiquer aussi l'arrondissement)

DÉPARTEMENT

OU COLLECTIVITÉ

PAYS

Demande son inscription sur la liste électorale de la commune* de :

DÉPARTEMENT

OU COLLECTIVITÉ

2. SITUATION DU DEMANDEUR

• **Cocher la case correspondant à votre situation :**

– première inscription – inscription suite à déménagement – dans la même commune* (arrondissement pour Paris, Marseille et Lyon) – en provenance d'une autre commune* ou de l'étranger

précédent lieu d'inscription (commune* + département ou consulat + pays) :

– inscription pour un autre motif

3. COORDONNÉES PERSONNELLES DU DEMANDEUR

Adresse postale du lieu au titre duquel l'inscription est sollicitée :

Numéro :

-

Voie :

Complément 1 :

Complément 2 :

Lieu-dit/Commune déléguée :

Code postal :

Commune* :

Pays :

Pour vous contacter (**fortement recommandé**)

Téléphone :

Courriel :

@

Adresse de contact (si différente de l'adresse postale ci-dessus)

Numéro :

-

Voie :

Complément 1 :

Complément 2 :

Lieu-dit/Commune déléguée :

Code postal :

Commune* :

Pays :

* À Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, inscrire le nom de la collectivité et à Wallis-et-Futuna, inscrire le nom de la circonscription territoriale.

Rubrique réservée à la mairie (ne rien inscrire)

Inscription au titre de l'art. L. 30

Date de réception du dossier complet :

/

/

Les données recueillies feront l'objet d'un traitement automatisé défini par le Décret n° 2018-343 du 9 mai 2018 permettant l'établissement, le contrôle et la gestion des listes électorales. Elles seront conservées jusqu'au 31 décembre de l'année suivant leur obsolescence.

Paraphe :

GESTION DU COURRIER

Je, soussigné(e)

Souhaite que le courrier à caractère administratif qui me sera adressé pendant mon séjour à l'EHPAD :

- Me soit remis en main propre
- Soit conservé à l'accueil, le référent familial ou le tuteur s'engageant à demander le courrier lors de ses visites au sein de l'établissement
- Soit renvoyé au référent familial ou tuteur. Dans ce cas, merci de fournir au bureau des entrées des enveloppes de réexpédition de courrier (enveloppes « Prêt-à-réexpédier », seules enveloppes prévues pour l'envoi de courriers non ouverts et sans limite de poids, disponibles en bureaux de poste). Pensez à y apposer votre adresse. Attention, les enveloppes pré timbrées ne sont pas valables.

Fait à

Le

La Personne accueillie ou son représentant légal

(Signature)

TARIFS

TARIFS JOURNALIERS 2025 « AIDE SOCIALE »

Date d'application :

1^{ER} JUIN 2025

	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	TOTAL	TOTAL MENSUEL 30 JOURS	TOTAL MENSUEL 31 JOURS
GIR 1 - 2	70.97 €	23.38 €	94.35 €	2 830.50 €	2 924.85 €
GIR 3 - 4	70.97 €	14.84 €	85.81 €	2 574.30 €	2 660.11 €
GIR 5 - 6	70.97 €	6,30 €	77.27 €	2 318.10 €	2 395.37 €

- **HEBERGEMENT MOINS DE 60 ANS : 93.66 €**
- **AIDE JOURNALIERE APA POSSIBLE :**
 - **GIR 1 - 2 : 17,08 €**
 - **GIR 3 - 4 : 8,54 €**

Paraphe :

TARIFS

TARIFS JOURNALIERS 2025 « PAYANTS »

Date d'application :

1^{ER} JUIN 2025

	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	TOTAL	TOTAL MENSUEL 30 JOURS	TOTAL MENSUEL 31 JOURS
GIR 1 - 2	78.07 €	23.38 €	101.45 €	3 043.50 €	3 144.95 €
GIR 3 - 4	78.07 €	14.84 €	92.91 €	2 787.30 €	2 880.21 €
GIR 5 - 6	78.07 €	6,30 €	84.37 €	2 531.10 €	2 615.47 €

- **HEBERGEMENT MOINS DE 60 ANS : 103.03 €**
- **AIDE JOURNALIERE APA POSSIBLE :**
 - **GIR 1 - 2 : 17,08 €**
 - **GIR 3 - 4 : 8,54 €**

Paraphe :

ANNEXE n°14 : Mandat de prélèvement SEPA

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Mandat de prélèvement SEPA Référence unique du mandat :	
En signant ce formulaire de mandat vous autorisez l'EHPAD Saint-Jacques à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'EHPAD Saint-Jacques. Vous bénéficierez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : <input checked="" type="checkbox"/> Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.	Identifiant créancier SEPA FR 49 ZZZ 850 400
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER	

IDENTIFIANT NATIONAL DU COMPTE BANCAIRE- RIB

Banque	Guichet	N° Compte	Clé	Devise

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE - BIC	
DOMICILIATION BANCAIRE	
TITULAIRE DU COMPTE	
TYPE DE PAIEMENT : paiement récurrent / répétitif	
Signé à :	
Le :	

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même le cas échéant)

Nom du tiers débiteur :

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements d'impôts, ordonnés par la DGFIP. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque.

Je réglerai le différend directement avec la DGFIP.

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE RIB (au format IBAN BIC)

Paraphe :

INTERVENANTS EXTERIEURS GRENADE SUR GARONNE

(Liste non exhaustive)

AMBULANCES/TAXIS			
EVV	05.61.85.80.61	GRENADE AMBULANCE	05.61.82.27.29
COIFFEUSES (tarifs affichés à l'accueil)			
FERNANDEZ Nadine	06.76.27.79.22	FOLTRAN Elisabeth	06.09.23.88.79
DENTISTES			
BEAL-PETIT Guylaine	05.61.82.61.64	MOTHEAU Éric	05.61.82.60.69
DURAND Isabelle	05.61.82.67.42	TOLON Antony	05.61.74.98.77
MARCHOU Maxime	05.61.82.64.46		
KINÉS			
BARCOS Romain	07.50.09.81.00	CAYRON Manon	06.71.40.71.28
ORTHOPHONISTES			
CABRERA Pauline	07.72.72.61.17		
PEDICURE/PODOLOGUE			
ADISSA KONÉ	05.61.30.11.16	OGOR Sara	06.70.04.39.04
BOURBON Anne	05.61.82.83.39		
DERMATOLOGUE		OPHTAMOLOGISTE	
PAYEN Christine	05.61.82.33.33	BONALD SOLER Agnès	05.61.82.89.86

**L'orthophoniste sera obligatoirement choisi et contacté par la famille ou le tuteur
en fonction des nécessités de soins.**

INTERVENANTS EXTERIEURS CADOURS

(Liste non exhaustive)

AMBULANCES		KINÉS	
EVB	05.61.85.80.61	BUSOLIN	05.61.85.64.28
LA CASTERA TAXI	05.61.91.88.33 06.77.59.11.91.		
COIFFEUSES (tarifs affichés à l'accueil)		ORTOPHONISTES	
FERNANDEZ Nadine	06.76.27.79.22	GRENA	05.34.52.02.64.
FOLTRAN Elisabeth	06.09.23.88.79		
DENTISTES		PEDICURE/PODOLOGUE	
DALLES Marie Odile	05.61.85.64.28	CARAC	05.61.85.64.98.
MATHIEU Jean Luc	05.61.85.60.23		
MEDECIN			
SIMONET Corinne	51 Bis Avenue Raymond Sommer 31480 CADOURS		05.61.78.65.11

**La famille (ou le tuteur) doit obligatoirement choisir et contacter le médecin avant l'admission.
L'orthophoniste sera obligatoirement choisi et contacté par la famille ou le tuteur en fonction
des nécessités de soins.**

Les autres intervenants pourront être désignés par l'agent d'accueil en cas d'absence de choix de la famille ou du tuteur. Les tarifs des coiffeuses sont affichés à l'accueil, n'hésitez pas à les consulter.

ANNEXE n°16 : Intervenants extérieurs

INTERVENANTS EXTERIEURS

L'article 96 de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, prévoit l'exclusion des dépenses de médicaments pour les établissements médico-sociaux dépourvus de pharmacie à usage interne. Les médicaments ne sont pris en charge par l'EHPAD, mais fournis pour chaque patient sur prescription médicales par la pharmacie et remboursée selon la couverture sociale de chacun. Il est conseillé de contacter une mutuelle.

MEDECIN TRAITANT SITE DE GRENADE :

Nom du médecin traitant :

Vous devez le choisir et le contacter pour savoir s'il est en mesure de vous suivre sur l'établissement.

Son accord est indispensable et doit être obtenu avant l'entrée.

MEDECIN TRAITANT SITE DE CADOURS :

Nom du médecin traitant :

Vous devez le choisir parmi la liste des intervenants. Vous devez le contacter pour savoir s'il est en mesure de vous suivre sur l'établissement.

Son accord est indispensable et doit être obtenu avant l'entrée.

KINESITHERAPEUTE (GRENADE ET CADOURS) :

Nom du Kinésithérapeute :

Si des soins sont nécessaires, vous devez le choisir et le contacter pour savoir s'il est en mesure de vous suivre sur l'établissement.

Son accord est indispensable.

RAPPEL : Vous pouvez-vous aider de la liste d'intervenants jointe (Annexe 8, liste non exhaustive donnée à titre indicatif). Afin de garder toute neutralité, le personnel de l'AHPAD ne pourra se substituer à la famille.

PREFERENCE DU LIEU D'HOSPITALISATION :

Pour les intervenants ci-dessous en cas d'absence de choix de la famille l'agent d'accueil les désignera par tour de rôle et donnera les coordonnées à la famille :

AMBULANCE :

PEDICURE :

COIFFEUR :

La liste des coiffeur(s)/se(s) et les tarifs sont affichés sur le comptoir de l'accueil, pour vous permettre de faire votre choix. Merci de les contacter directement pour gérer les rendez-vous. L'établissement n'intervient pas.

Fait à, le :

Signature :

Paraphe :

ANNEXE n°17 : Linge trousseau Femme

LINGE TROUSSEAU FEMME

Objectif : Permettre de mieux maîtriser le circuit du linge dans l'EHPAD et assurer une prestation de qualité en blanchisserie et ainsi réduire la perte du linge.

PRECONISATIONS :

- Le marquage du trousseau est effectué **dans sa totalité** (même les chaussures et chaussettes)
- Le marquage est visible (exemple : encolure, ceinture, pantalon)

Il est déconseillé de confier des articles fragiles tels que ceux en Damart, laine ou soie à la blanchisserie de l'EHPAD, car ils risquent d'être endommagés lors du lavage.

POUR INFORMATION : Pour tous renseignements complémentaires (notamment si un article ou une quantité demandée ne vous paraît pas approprié), la blanchisserie de l'établissement est à votre disposition (Responsable de service **Mme Lola DEJEAN : 05 62 79 87 60 - Poste 84**)

Nom et Prénom : _____ Date : _____

Document à rapporter lors de l'entrée de la résidente

Articles		Quantité Demandée	Quantité Apportée	Quantité Restituée	Rajout
Mouchoir		10			
Tricot de corps		8 (Tricot de corps ou combi)			
Combinaison					
Culotte coton		10			
Soutien-gorge		4			
Chemise de nuit coton		8			
Robe de chambre		2			
Robe		6 (robe ou jupe ou caleçon ou pantalon)			
Jupe					
Caleçon					
Pantalon					
Chemisier	Manche longue	4 tee-shirts ou chem. ML + 4 tee-shirts ou chem. MC			
	Manche courte				
Tee-shirt	Manche longue				
	Manche courte				
Pull		4 gilets hiver ou vestes polaires + 6 pulls ou polaires pull			
Polaire	Veste				
	Pull				
Gilet	Hiver				
	Eté	4			
Chaussettes	Hiver	3			
	Eté	3			
Chaussures	Hiver	1			
	Eté	1			
Pantoufles		2			
Paires de collants		5			
Manteau		1 manteau ou veste			
Veste					

Paraphe :

Autres Articles

Articles	Apportés	Restitués
TV + Télécommande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poste radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant N° série N° interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bijoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sac de voyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meuble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trousse De Toilette

Articles	Apportés	Restitués
Peigne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sèche-cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coupe ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pince à épiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brosse à Ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thermomètre digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Articles à renouveler

<input type="checkbox"/> Rasoir jetable	<input type="checkbox"/> Mousse à raser	<input type="checkbox"/> Eau de Cologne
<input type="checkbox"/> Savon	<input type="checkbox"/> Shampoing	<input type="checkbox"/> Brosse à dents
<input type="checkbox"/> Dentifrice	<input type="checkbox"/> Lait de toilette pour mas. corporel	<input type="checkbox"/> Stéradent
<input type="checkbox"/> Colle à dentier	<input type="checkbox"/> Boîte à dentier	<input type="checkbox"/>

SIGNATURES	AGENT	FAMILLE
-------------------	--------------	----------------

Paraphe :

ANNEXE n°18 : Linge trousseau Homme

LINGE TROUSSEAU HOMME

Objectif : Permettre de mieux maîtriser le circuit du linge dans l'EHPAD et assurer une prestation de qualité en blanchisserie et ainsi réduire la perte du linge.

PRECONISATIONS :

- Le marquage du trousseau est effectué **dans sa totalité** (même les chaussures et chaussettes)
- Le marquage est visible (exemple : encolure, ceinture, pantalon)

Il est déconseillé de confier des articles fragiles tels que ceux en Damart, laine ou soie à la blanchisserie de l'EHPAD, car ils risquent d'être endommagés lors du lavage.

POUR INFORMATION : Pour tous renseignements complémentaires (notamment si un article ou une quantité demandée ne vous paraît pas approprié), la blanchisserie de l'établissement est à votre disposition (Responsable de service **Mme Lola DEJEAN : 05 62 79 87 60 - Poste 84**)

Nom et Prénom : _____

Date : _____

Document à rapporter lors de l'entrée du résident

Articles		Quantité Demandée	Quantité Apportée	Quantité Restituée	Rajout
Mouchoir		10			
Tricot de corps		8			
Slip		10			
Pyjama	Haut	8			
	Bas	8			
Robe de chambre		2			
Pantalon		6 pantalons			
Survêtement	Haut	Ou			
	Bas	survêtement			
Tee-shirt	Manche courte	4 tee-shirts, Polos ou chemise MC			
	Manche longue				
Polo	Manche courte	+			
	Manche longue				
Chemise	Manche courte	4 tee-shirts, polos ou chemises ML			
	Manche longue				
Pull		6 gilets hiver ou vestes polaires + 4 pulls ou polaires pull			
Polaire	Veste				
	Pull				
Gilet	Hiver				
	Eté	4			
Chaussettes	Hiver	3			
	Eté	3			
Chaussures	Hiver	1			
	Eté	1			
Pantoufles		1			
Manteau		1 manteau ou veste			
Veste					
Ceinture synthétique		2			

Paraphe :

Autres Articles

Articles	Apportés	Restitués
TV + Télécommande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poste radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant N° série N° interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bijoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sac de voyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meuble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trousse De Toilette

Articles	Apportés	Restitués
Rasoir électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peigne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sèche-cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coupe ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pince à épiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brosse à Ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thermomètre digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Articles à renouveler

<input type="checkbox"/> Rasoir jetable	<input type="checkbox"/> Mousse à raser	<input type="checkbox"/> Eau de Cologne
<input type="checkbox"/> Savon	<input type="checkbox"/> Shampoing	<input type="checkbox"/> Brosse à dents
<input type="checkbox"/> Dentifrice	<input type="checkbox"/> Lait de toilette pour mas. corporel	<input type="checkbox"/> Stéradent
<input type="checkbox"/> Colle à dentier	<input type="checkbox"/> Boîte à dentier	<input type="checkbox"/>

SIGNATURES	AGENT	FAMILLE
-------------------	--------------	----------------

Paraphe :

LE/LES REÇU(S) DE DÉPÔT DES OBJETS AU COFFRE

Réception de dépôt des objets de valeur au coffre :

Nom de l'établissement : EHPAD Saint Jacques

Adresse : Chemin de Piquette 31330 GRENADE

Nom du résident : _____

Chambre n° : _____

Site : _____

Date du dépôt : _____

Description des objets déposés :

N°	Description de l'objet	Valeur estimée	État au moment du dépôt
1			
2			
3			
4			

Conditions de dépôt :

1. L'établissement EHPAD Saint Jacques propose un service de mise en sécurité des objets de valeur dans un coffre sécurisé.
2. L'établissement ne saurait être tenu responsable des pertes ou dommages des objets de valeur qui ne sont pas déposés au coffre.
3. Les objets déposés sont décrits de manière précise et leur valeur estimée est fournie par le résident ou son représentant légal (photo conseillée).
4. Le dépôt des objets de valeur est confirmé par la signature du résident (ou de son représentant légal) et d'un représentant de l'EHPAD (régisseur).
5. Durée et règle de conservation : Dans la limite d'éventuelles mesures de protection juridique et de l'intervention de décisions de justice, le résident peut conserver des biens, effets et objets personnels et disposer de son patrimoine et de ses revenus.

➤ Objets précieux :

L'établissement peut conserver des objets précieux, hors sommes d'argent, pour une durée maximale de 30 jours (régie de dépôt permettant cette conservation).

- Au-delà de 30 jours, l'établissement ne peut plus conserver ces objets. Il sera demandé au résident ou à son représentant légal, de récupérer le(s) objet(s) confié(s).

Paraphe :

- Dans le cas où le résident souhaiterait confier (au-delà de ce délai de 30 jours), ses objets de grande valeur, il devra se faire restituer les objets déposés au coffre de l'établissement et se rapprocher de la Trésorerie de Castanet Tolosan : 11 Boulevard des Genêts 31320 Castanet-Tolosan, qui est seule habilitée à procéder à la conservation de ces biens en leurs locaux.

➤ **Sommes d'argent :**

Seule la Trésorerie de Castanet Tolosan est habilitée à procéder à la conservation des sommes d'argent, le résident ou son représentant légal devra la solliciter pour procéder à la conservation, en leurs locaux.

Signature Résident (ou représentant légal) :
Nom, prénom, date

Représentant de l'EHPAD (régisseur) :
Nom, prénom, date

Paraphe :

Procédure de retrait :

1. Le retrait des objets de valeur doit être demandé par écrit par le résident ou son représentant légal.
2. Le retrait des objets doit être effectué en présence du résident (ou de son représentant légal) et du régisseur (en cas d'absence le Directeur).

La restitution des objets déposés sera mentionnée dans l'encart objet déposé ci-dessous.

Restitution des objets déposés :

Date du retrait : _____

N°	Description de l'objet	Valeur estimée	État au moment du dépôt
1			
2			
3			
4			

Signature Résident (ou représentant légal) :
Nom, prénom, date

Représentant de l'EHPAD (régisseur) :
Nom, prénom, date

Notes supplémentaires :

- Toute modification de la liste des objets déposés doit être documentée et signée par les deux parties.
- Pour toute question ou besoin d'assistance concernant le dépôt des objets de valeur, veuillez contacter le régisseur de l'EHPAD M. Yannick BERTHIÉ (service administration/finance).