



EHPAD Nord Chartreuse



EHPAD Nord Rulhe

CONTRAT DE SEJOUR USLD - EHPAD



USLD - EHPAD Sud Rulhe

Avenue Caylet
B.P. 299
12200 Villefranche de Rouergue
☎ 05.65.65.31.83

SOMMAIRE

I. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT :	7
1. Prestations d'accueil hôtelier :	7
2. Prestation de restauration :	7
3. Prestation de blanchissage:	7
4. Prestation d'animation de la vie sociale :	8
5. Autres prestations :	8
6. Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne :	9
7. Soins et surveillance médicale :	9
II. COUT DU SEJOUR :	10
1. Dépôt de garantie :	11
2. Frais d'hébergement :	11
3. Frais liés à la dépendance :	11
4. Frais liés aux soins :	12
III. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION :	12
1. Hospitalisation :	13
2. Vacances et absences pour convenances personnelles :	13
IV. REVISION, DELAI DE RETRACTATION ET RESILIATION DU CONTRAT	14
1. La révision :	14
2. Le délai de rétractation :	14
3. Résiliation volontaire :	14
4. Résiliation à l'initiative de l'établissement :	14
a) Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil :	14
b) Non-respect du présent contrat. Non-respect du règlement de fonctionnement (DOC 0228). Incompatibilité avec la vie collective.	14
c) Résiliation pour défaut de paiement :	15
d) Résiliation pour décès :	15
V. RESPONSABILITES RESPECTIVES :	15
VI. ANNEXES	17

Préambule

Le contrat de séjour définit les droits et obligations de l'établissement et de vous-même avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.

C'est un document juridique établi conformément aux dispositions conjointes des deux grands textes suivants :

- la loi du 2 janvier 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- le décret du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour.

Le contrat de séjour a vocation à définir les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement de la personne, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

La personne hébergée et/ou son représentant légal sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention.

Conformément à l'article D. 311 du code de l'action sociale et des familles, le contrat de séjour est élaboré dans le cas d'un séjour continu ou discontinu d'une durée prévisionnelle supérieure à deux mois. Ce contrat est conclu entre la personne hébergée ou son représentant légal et le représentant de l'établissement. Lorsque la personne hébergée ou son représentant légal refuse la signature dudit contrat, il est procédé à l'établissement d'un document individuel de prise en charge.

Il est remis à chaque personne hébergée et le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les quinze jours suivant l'admission. Il doit être signé par les deux parties dans le mois qui suit l'admission. Pour la signature du contrat, la personne hébergée ou son représentant légal peut être accompagnée de la personne de son choix.

Lors de la conclusion du contrat de séjour, dans un entretien hors de la présence de toute autre personne, sauf si la personne hébergée choisit de se faire accompagner par la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 du code, le directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui, recherche, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur de l'établissement, le consentement de la personne à être hébergée. Il l'informe de ses droits et s'assure de leur compréhension par la personne hébergée. Préalablement à l'entretien, il l'informe de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Le contrat est établi, le cas échéant, en tenant compte des mesures et décisions administratives, judiciaires, médicales adoptées par les instances ou autorités compétentes. Dans ce cas, les termes du contrat mentionnent ces mesures ou décisions.

L'établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

L'établissement répond aux normes pour l'attribution de l'allocation logement (USLD, EHPAD Nord Chartreuse, EHPAD Sud Rulhe) et de l'aide personnalisée au logement (EHPAD Nord Rulhe). Vous pouvez donc en faire la demande en constituant un dossier.

Le contrat de séjour est conclu entre :

D'une part,

l'USLD

l'EHPAD Nord-Chartreuse

l'EHPAD Nord-Rulhe

l'EHPAD Sud-Rulhe

Représenté par le Directeur du Centre hospitalier de Villefranche de Rouergue en fonction, dénommé ci-après « l'établissement »,

Et d'autre part,

Mme..... et/ou M.....
(indiquer nom(s) et prénom(s))

Né(e) le à

Dénommé(e) « vous », dans le présent document.

Le cas échéant, représenté(e) par M ou Mme (indiquer, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, éventuellement lien de parenté),

.....
.....
.....
.....

Dénommé(e) « le représentant légal » (si : tuteur, curateur..., joindre photocopie du jugement).

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Le présent contrat est conclu pour :

Une durée indéterminée à compter du.....

Une durée déterminée du..... au

La date de votre entrée est fixée par les deux parties.

Cette date correspond, sauf cas de force majeure, à la date de départ de la facturation, même si vous décidez d'arriver à une date ultérieure.

Le formulaire de désignation de la personne de confiance à compléter se trouve en fin de contrat.

I. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT :

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le document intitulé « règlement de fonctionnement » qui vous est remis avec le présent contrat.

1. Prestations d'accueil hôtelier :

A la date de la signature du contrat, une chambre vous est attribuée. Elle peut être à un ou deux lits.

Un changement de chambre peut intervenir au cours de votre séjour pour répondre à des contraintes d'organisation du service ou d'accompagnement.

L'établissement assure l'entretien des locaux et la maintenance de son mobilier et de ses installations.

Dans la limite de la taille de votre chambre et après autorisation délivrée par les services techniques de l'établissement (après vérification des normes de sécurité en vigueur), vous pouvez amener des effets et du mobilier personnel si vous le désirez (fauteuil, table, chaise, TV...). Cependant, reste à votre charge, la réparation de ces effets personnels.

Un état des lieux contradictoire et écrit est dressé à l'entrée de la personne hébergée dans sa chambre (annexe 5).

Nous vous engageons à recueillir l'autorisation de la cadre de santé du service avant tout achat et installation murale.

L'électricité, le chauffage et l'eau sont fournis par l'établissement.

2. Prestation de restauration :

Le service de restauration assure les petits déjeuners, déjeuners et dîners ainsi que les collations au milieu de l'après-midi et, le cas échéant, une collation nocturne.

Les repas sont servis en salle de restaurant ou en chambre si votre état de santé le justifie.

Les régimes alimentaires prescrits médicalement sont pris en compte.

Le règlement de fonctionnement précise la possibilité et les conditions pour inviter les personnes de votre choix à partager un repas avec vous. Dans ce cas, le ou les invités s'acquittent du prix du repas.

3. Prestation de blanchissage:

Le linge d'hôtellerie (article de literie, serviettes de toilette, gants de toilette, serviettes de table...) est fourni et entretenu par l'établissement.

Si la famille ou les proches ne sont pas en mesure d'effectuer l'entretien du linge personnel, ce dernier peut être réalisé par l'établissement dans des conditions industrielles. En effet, la température de lavage minimale est de 60° et ne convient pas au linge délicat. En cas de détérioration, l'établissement se dégage de toute responsabilité.

Dans tous les cas, le linge personnel devra être identifié (cf.- règlement de fonctionnement) et renouvelé aussi souvent que nécessaire.

4. Prestation d'animation de la vie sociale :

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

Certaines prestations particulières peuvent être proposées et donner lieu à une participation financière (sorties, restaurant...).

Ces activités peuvent conduire à la production de photographies qui seront mises à disposition des différents acteurs, affichées en interne. Pour permettre à l'équipe d'animation de procéder à l'exploitation de ces clichés, vous pourrez remplir le formulaire relatif au « droit à l'image » se trouvant en annexe.

5. Autres prestations :

✓Communication :

- Téléphone : *Appels entrants* : ce service est gratuit.
Appels sortants : ce service est payant : merci de vous adresser à l'équipe soignante pour obtenir des renseignements.
- TV : Si vous le souhaitez, vous pouvez installer un téléviseur dans la chambre, sous réserve de la fourniture du certificat de garantie délivré au moment de l'achat et avec l'engagement de faire effectuer une vérification de l'appareil tous les 3 ans. La redevance TV est à votre charge.
- Internet : L'accès à la WIFI est gratuit. L'établissement ne fournit pas le matériel.

✓Prestations extérieures :

Vous pouvez faire appel aux prestataires extérieurs de votre choix : coiffeur, pédicure, esthéticienne etc. Dans ce cas, la prestation est à votre charge.

Toutefois, sur le site de Rulhe, des coupes et des mises en plis peuvent être assurées gratuitement par un agent qualifié pour les personnes hébergées de l'USLD et des EHPAD en respectant une planification respectueuse des besoins de chacun. Cette disposition étant exceptionnelle, en l'absence de cette professionnelle, aucun dispositif de remplacement ne peut être sollicité. De fait, la prestation sera alors à la charge des familles et reposera sur l'appel d'une coiffeuse de votre choix.

✓Le culte : les représentants des différents cultes peuvent être sollicités à la demande des personnes hébergées ou des familles auprès des équipes soignantes ou du cadre de santé.

Un aumônier est à votre disposition :

- en vous renseignant auprès de l'équipe soignante,
- une messe est proposée 1 fois par semaine en alternance sur chacune des unités.

L'équipe d'aumônerie, sous la responsabilité de l'aumônier du Centre hospitalier, assure un accompagnement humain et religieux, à travers les visites hebdomadaires, pour les personnes hébergées qui le souhaitent, elle s'attache à répondre à chaque demande particulière.

6. Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne :

L'établissement vous accompagne dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie en recherchant le maintien de votre autonomie.

Les objectifs de prises en charge sont établis avec l'utilisateur ou son représentant. Pour cela, l'établissement a pris deux mesures importantes :

- suivre le degré de dépendance de la personne âgée chaque mois,
- mettre en place un projet de vie individualisé.

Les objectifs de prise en charge établis dès l'admission de la personne accueillie sont indiqués dans l'annexe 8.

La personne âgée peut ainsi prétendre bénéficier d'une prise en charge et un accompagnement individualisés favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché.

Si la personne hébergée a désigné une personne de confiance, le formulaire de désignation de la Personne de confiance est annexé au présent contrat de séjour.

L'établissement se réserve le droit de solliciter une mesure de protection judiciaire pour toute personne hébergée dont l'état le justifierait.

7. Soins et surveillance médicale :

USLD

L'entrée en USLD est souvent motivée par une détérioration majeure de l'état de santé qui peut être accompagnée d'une dépendance dans les actes de la vie courante.

Le niveau de pathologies d'une personne et son besoin de soins requis s'évaluent au moyen d'une grille d'évaluation nationale nommée PATHOS renseignée par le médecin coordonnateur. C'est le niveau de pathologies (PATHOS) du patient qui détermine son accès à l'USLD ou dans les autres unités au regard de son besoin en soins.

Un médecin hospitalier gériatre assure la prise en charge médicale de l'ensemble des patients de l'USLD. En son absence, la présence médicale est organisée et affichée dans le service 24h/24 et 7 jours/7.

Une équipe paramédicale, constituée d'infirmiers(ères) diplômé(e)s d'Etat et d'aides-soignant s(es), est présente 24h/24 et 7 j/7 pour effectuer les soins nécessaires à une bonne prise en charge de l'état de santé des personnes hébergées.

Lorsque l'état de santé s'améliore, l'USLD qui a pu vous convenir à un moment donné, peut ne plus être adaptée à vos besoins et attentes. Un transfert doit alors être envisagé vers une structure plus adaptée à vos nouveaux besoins (EHPAD, domicile, etc.). Une offre d'accueil vous sera proposée dans l'unité la plus adaptée dont dispose l'établissement (EHPAD Nord/EHPAD Sud).

En cas de désaccord sur le mouvement proposé, pour la sécurité et la qualité du soin requis de la personne hébergée, l'établissement se verra contraint de vous inviter à trouver une autre structure d'accueil.

La décision finale appartient au Directeur sur avis du médecin coordonnateur.

EHPAD

L'entrée en EHPAD est souvent motivée par une fragilité de l'état de santé qui peut se traduire par une moindre indépendance dans les actes de la vie courante.

L'entrée et la sortie de l'EHPAD sont prononcées par le Directeur de l'Etablissement, après avis du médecin coordonnateur.

Un médecin hospitalier assure la coordination (entrée, transfert, sortie...) : c'est le médecin coordonnateur.

Lors de l'admission en EHPAD vous êtes invité à nommer un nouveau médecin traitant (CF doc cerfa).

Si un besoin de soins observé par l'équipe soignante nécessite une intervention médicale en dehors des temps de présence médicale (pendant les heures normales de jour ou en cas d'absences non remplacées), il est fait appel en priorité au médecin traitant référent, ou à défaut à un autre médecin participant à la prestation médicale de la structure.

Si un besoin de soins observé par l'équipe soignante nécessite une intervention médicale (les nuits, week-ends et jours fériés), il est fait appel à la régulation libérale ou au SAMU selon le besoin.

Les EHPAD peuvent permettre de compenser certains handicaps.

Toutefois, lorsque l'état de santé s'altère de manière significative et non réversible, l'unité, qui a pu vous convenir à un moment donné, peut ne plus être adaptée à vos besoins et attentes.

Un transfert doit alors être envisagé vers un site ou une structure adaptée aux nouveaux besoins.

Une offre d'accueil vous sera proposée dans l'unité la plus adaptée dont dispose l'établissement (EHPAD Nord/Sud ou USLD).

En cas de désaccord sur le mouvement proposé, pour la sécurité et la qualité du soin requis de la personne hébergée, l'établissement se verra contraint de vous inviter à trouver une autre structure d'accueil.

La décision finale appartient au Directeur sur avis du médecin coordonnateur.

II. COUT DU SEJOUR :

Le coût du séjour est financé par le tarif hébergement, le tarif dépendance et par le forfait soins. Le tarif journalier payé par la personne hébergée, sa famille ou par l'aide sociale départementale recouvre deux montants : le tarif hébergement et le ticket modérateur dépendance correspondant au GIR 5/6. La facturation du tarif journalier démarre à compter de

l'entrée dans l'établissement, c'est-à-dire le jour où le bénéfice des prestations hébergement commencent.

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Par conséquent, les décisions tarifaires et budgétaires annuelles des autorités de tarification s'imposent à l'établissement comme à chacune des personnes qu'il accueille. Elles sont portées à leur connaissance collectivement à travers leur présentation au sein du Conseil de la vie sociale. Elles font également l'objet d'un document porté à la connaissance de la personne hébergée et de son représentant légal le cas échéant. Toutes modifications leur sont communiquées. Ce document organise le rattrapage du paiement du tarif hébergement quand il est fixé après le 1^{er} janvier de l'année en cours par le Président du Conseil départemental.

1. Dépôt de garantie :

La personne hébergée doit s'acquitter à l'entrée d'un dépôt de garantie correspondant à 30 jours de frais d'hébergement. Cette somme est versée en garantie du paiement des frais de séjour et de bonne exécution du contrat de séjour.

Ce dépôt de garantie est restitué à la personne hébergée, ou à son représentant légal dans les 30 jours qui suivent sa sortie de l'établissement, déduction faite d'une éventuelle créance.

2. Frais d'hébergement :

Le tarif hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien, d'activités de la vie sociale de l'établissement.

Sous certaines conditions, vous pouvez bénéficier de l'aide sociale. A partir du moment où le Centre hospitalier reçoit l'attestation de dépôt de l'aide sociale validée par le Conseil départemental, une provision se met en place. L'hébergé à l'aide sociale doit ainsi s'acquitter lui-même de ses frais de séjour dans la limite de 90 % de ses ressources.

10% de ses revenus personnels restent à sa disposition sans pouvoir être inférieurs à 1% du minimum social annuel, soit 96 € par mois en 2015. En attendant la constitution et l'instruction du dossier d'aide sociale, les frais de séjour continueront d'être facturés.

3. Frais liés à la dépendance :

Le tarif dépendance représente la participation au financement de l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie et qui ne sont pas liés aux soins.

Les prestations liées à la dépendance sont facturées selon une tarification fixée par le Président du Conseil départemental.

Votre niveau de dépendance est évalué sur la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) par votre médecin traitant, et/ou l'équipe paramédicale libérale et/ou le médecin coordonnateur et l'équipe soignante.

En fonction de cette évaluation et du niveau de vos ressources, vous pouvez bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée par le Conseil départemental d'origine, selon des modalités qui lui sont propres.

Votre niveau de dépendance est réévalué en fonction de l'évolution de votre autonomie. Il sera communiqué à votre demande et de façon systématique à chaque changement de niveau. Ces tarifs sont révisés annuellement et portés à votre connaissance par voie d'affichage.

4. Frais liés aux soins :

L'établissement bénéficie du forfait global de soin. Ce forfait, versé directement par les caisses d'assurance maladie pour les assurés sociaux comprend :

- la rémunération des médecins exerçant dans l'EHPAD, et leurs prescriptions,
- les soins infirmiers et de kinésithérapie,
- les examens de biologie et de radiologie (hors scanner et IRM).

Le matériel médical spécifique, fauteuils roulants, cadres de marche, lits à hauteur variable est fourni par l'établissement.

Par conséquent, la personne hébergée ou son représentant légal, le cas échéant s'engage à mettre fin à la location de matériels ou d'équipements de l'ancien domicile lors de son entrée dans l'établissement (lit médicalisé, fauteuil roulant, lève personne...).

L'établissement disposant d'une pharmacie à usage intérieur, les médicaments et les dispositifs médicaux ne sont pas à la charge de la personne hébergée. Par conséquent, la personne hébergée ne doit pas se procurer de médicaments ou de dispositifs médicaux auprès des pharmacies de ville et la carte vitale ne doit pas être utilisée en vue d'un remboursement.

Certaines prestations demeurent exclues du forfait soin de l'établissement, notamment :

- la rémunération des médecins spécialistes,
- les frais de transports sanitaires,
- les soins dentaires,
- les frais de pédicurie et d'ophtalmologie,
- les examens de radiologie nécessitant un équipement lourd (IRM et Scanner),
- tous frais liés à une hospitalisation, y compris en cas de recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) au sein de l'EHPAD.

Il est fortement conseillé de conserver votre mutuelle qui vous sera utile en ces circonstances.

III. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION :

En cas de réservation d'une chambre avant la date effective d'admission et selon les disponibilités, l'établissement facture 50% du tarif en vigueur pour la période considérée. Cette disposition vise à permettre une certaine souplesse à l'occasion de l'installation, en aucun cas ce tarif ne peut donner lieu à une réservation de chambre à long terme.

Lorsque la chambre n'est pas libérée à la suite d'un décès : la facturation est maintenue jusqu'à ce que les objets personnels aient été retirés.

En outre, dans le cas particulier où des scellés seraient apposés sur votre logement, la période ainsi concernée donnerait lieu à facturation prévue jusqu'à la libération du logement.

Si la personne hébergée non admise à l'aide sociale s'absente temporairement pour convenance personnelle ou pour une hospitalisation, les règles de facturation suivantes s'appliquent :

1. Hospitalisation :

De 0 à 3 jours	Prix de journée Pas de facturation de la dépendance
Du 4ème jour jusqu'à 35 jours consécutifs	Prix journée diminué du forfait journalier Pas de facturation de la dépendance
A partir 36ème jour	Prix de journée si la personne hébergée conserve la chambre

2. Vacances et absences pour convenances personnelles :

De 0 à 3 jours	Prix de journée Pas de facturation de la dépendance
Du 4ème jour jusqu'à 35 jours dans l'année consécutifs ou non	Prix de journée diminué du forfait fixé par le règlement départemental d'aide sociale Pas de facturation de la dépendance à condition d'en avoir informé l'établissement 15 jours avant
A partir du 36ème jour dans l'année consécutifs ou non	Prix de journée si la personne hébergée conserve la chambre

Pour les personnes hébergées admises à l'aide sociale, les règles de facturation dépendent du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours.

IV. REVISION, DELAI DE RETRACTATION ET RESILIATION DU CONTRAT

1. La révision :

Toute actualisation du contrat de séjour, approuvé par le Conseil de surveillance, après avis du Conseil de la vie sociale, fera l'objet d'un avenant.

2. Le délai de rétractation :

Conformément à l'article L. 311-4-1 du CASF, la personne hébergée ou, le cas échéant, son représentant légal, peut exercer par écrit un droit de rétractation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis ne puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif.

3. Résiliation volontaire :

Passé le délai de rétractation susmentionné, la personne hébergée ou, le cas échéant, son représentant légal, peut résilier le contrat de séjour par écrit à tout moment.

La résiliation doit être notifiée à la Direction de l'établissement par lettre contre récépissé ou par lettre recommandée avec accusé de réception et moyennant un préavis d'un mois de date à date, calculé à partir de la date de réception par l'établissement. La chambre est libérée au plus tard à la date prévue pour le départ.

A compter de la notification de sa décision de résiliation au gestionnaire de l'établissement, elle dispose d'un délai de réflexion de quarante-huit heures pendant lequel elle peut retirer cette décision sans avoir à justifier d'un motif. Ce délai de réflexion s'impute sur le délai de préavis d'un mois qui peut lui être opposé.

4. Résiliation à l'initiative de l'établissement :

a) Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil :

En l'absence de caractère d'urgence, si l'état de votre santé ne permet plus le maintien dans l'établissement, la Direction prend toute mesure appropriée en concertation avec les parties concernées, le médecin traitant s'il en existe un et le médecin coordonnateur de l'établissement.

En cas d'urgence, le Directeur prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant s'il en existe un et/ou du médecin coordonnateur de l'établissement. Si, passée la situation d'urgence, votre état de santé ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, vous et/ou votre représentant légal êtes informés par le Directeur, dans les plus brefs délais, de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement est libéré dans un délai de trente jours après notification de la décision.

b) Non-respect du présent contrat.

Non-respect du règlement de fonctionnement (DOC 0228).

Incompatibilité avec la vie collective.

Des faits sérieux et préjudiciables peuvent motiver une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Dans ce cas, un entretien personnalisé sera organisé

entre le Directeur et vous-même (ou votre représentant légal), accompagné éventuellement de la personne de votre choix.

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 vous est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception et/ou à votre représentant légal.

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

c) Résiliation pour défaut de paiement :

Le paiement du tarif journalier est une obligation incombant à la personne hébergée 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 égal ou supérieur à 30 jours après la date d'échéance vous est notifié ou à votre représentant légal, par lettre recommandée avec accusé réception.

Le défaut de paiement doit être régularisé dans un délai de 30 jours à partir de cette notification écrite.

En cas de non-paiement dans le délai imparti pour la régularisation, le logement sera libéré dans un délai de 10 jours.

d) Résiliation pour décès :

En cas de décès, le contrat de séjour se trouve résilié le lendemain du décès, la facturation continue néanmoins de courir tant que les objets personnels n'ont pas été retirés des lieux que la personne occupait.

Le représentant légal et la personne de confiance éventuellement désignée par la personne hébergée sont immédiatement informés du décès de ce dernier par tous les moyens et en dernier recours par lettre recommandée avec accusé de réception.

La chambre doit être libérée dès que possible. Au-delà de 8 jours, la Direction peut procéder à la libération de la chambre.

V. RESPONSABILITES RESPECTIVES :

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et réglementations en vigueur. Ces assurances n'exonèrent pas la personne hébergée des dommages dont elle pourrait être la cause. Elle a donc été informée de l'obligation de souscrire à ses frais une assurance Responsabilité Civile Individuelle.

Cette assurance sera à renouveler tous les ans.

La chambre de la personne hébergée est considérée comme son appartement, elle a donc toute la liberté pour garder son argent, ses bijoux ou tout autre objet de valeur.

L'établissement ne peut être engagé, en termes de responsabilité, en cas de pertes, vols ou disparitions.

Elle peut enfin déposer ses bijoux et valeurs auprès du comptable de l'établissement.

En cas de dépôt d'objets ou de valeurs, le cadre du service est en mesure de vous fournir une fiche d'information destinée à vous éclairer sur la procédure à suivre. Toutefois, dans la mesure du possible, nous vous conseillons d'éviter de conserver ces biens dans le service en les confiant à votre famille ou à vos proches avant votre installation.

Etabli conformément :

- A la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,
- A la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, à l'article L 311-4 du Code de l'action sociale et ses familles,
- A la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation,
- Au décret du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,
- Au décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles,
- Au décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD,
- Au décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge,
- Aux dispositions contenues dans le règlement départemental d'aide sociale le cas échéant,
- Aux dispositions contenues dans la convention tripartite pluriannuelle le cas échéant / Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen le cas échéant,
- Aux délibérations du Conseil de surveillance.

Pièces jointes au contrat :

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L.311-3, il est remis à la personne ou son représentant légal :

- Un livret d'accueil auquel est annexé une charte des droits et libertés de la personne hébergée ; la charte est affichée dans l'établissement ou le service,
- Le règlement de fonctionnement dont vous et/ou votre représentant légal déclare avoir pris connaissance,
- Le cas échéant : une copie du jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice,
- L'attestation d'assurance responsabilité civile,
- Votre attestation d'assurance dommages aux biens et objets personnels, si vous en avez souscrit une.

Fait à, le

La personne hébergée :

M / Mme.....

ou son représentant légal :

M / Mme.....

Signature de la personne hébergée ou de son
représentant

Le Directeur,
B. PERIN

VI. ANNEXES

- Annexe 1 : Attestation de remise en main propres de documents institutionnels
- Annexe 2 : Dépôt de garantie
- Annexe 3 : Acte de cautionnement solidaire
- Annexe 4 : Obligés alimentaires
- Annexe 5 : Etat des lieux
- Annexe 6 : Liste des biens
- Annexe 7 : Procuration courrier
- Annexe 8 : Objectifs de prise en charge
- Annexe 9 : Personne de confiance
- Annexe 10 : Directives anticipées
- Annexe 11 : Liberté d'aller et venir
- Annexe 12 : Choix du médecin traitant
- Annexe 13 : Volonté de la personne hébergée
- Annexe 14 : Le droit à l'image
- Annexe 15 : Trousseau à fournir à l'admission

Annexe 1
Attestation de remise en mains propres de documents institutionnels

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Personne hébergée en :

- USLD
- Ehpad Nord Rulhe
- Ehpad Nord Chartreuse
- Ehpad Sud

Nom et prénom : _____

Représentant légal de la personne hébergée dénommée ci-dessus.

Atteste avoir reçu ce jour 2 exemplaires du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement des EHPAD et USLD du Centre hospitalier de Villefranche de Rouergue dont 1 exemplaire est à retourner paraphé et signé à l'établissement.

Ces documents contiennent toutes les informations nécessaires à mon entrée en institution et le contrat de séjour fixe les termes de mon hébergement dans l'établissement.

Dans ce sens, comme tout contrat, je prends note qu'il doit être signé et remis dans les plus brefs délais au cadre de santé du service.

Fait à _____,

Le _____.

Signature

Annexe 2 : Dépôt de garantie

Nom de la personne hébergée :

Prénom de la personne hébergée :

Nom de l'établissement :

La future personne hébergée doit s'acquitter d'un dépôt de garantie à titre de provision pour couvrir des impayés et /ou d'éventuelles dégradations qui lui sont imputables, hors vétusté normale des locaux, suite à l'état des lieux contradictoires de sortie.

Son montant correspond au tarif de 30 journées d'hébergement à la date d'entrée dans l'établissement.

Le dépôt de garantie est encaissé et conservé par le comptable public. Il ne produit pas d'intérêt. Il sera remboursé en fin de séjour, soit en totalité, soit en partie en fonction des états de paiement et de l'état des lieux contradictoire qui seront réalisés à la sortie.

Dans le cas de l'admission d'un couple : un seul dépôt de garantie est demandé.

Dans le cas d'un transfert entre l'EHPAD et l'USLD ou inversement : la provision versée à l'entrée du premier établissement reste valable.

Le montant de cette provision correspond au coût de 30 jours d'hébergement au jour de votre entrée,

Soit.....Euros.

La provision est payée au moment de l'admission.

Ce document est présenté le,
à M. Mme,,
agissant en qualité de.....qui le signe.

Annexe 3 : Acte de cautionnement solidaire

PERSONNE HEHERGEE

Nom.....

Prénom

.....

CAUTION

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Date de la signature du contrat de séjour

À cette date, le prix de journée est fixé à ¹

Ce prix de journée est révisé et fixé chaque année par un arrêté du Président du conseil départemental.

Après avoir pris connaissance du contrat de séjour de du règlement de fonctionnement, le signataire du présent engagement déclare se porter caution solidaire jusqu'au départ de la personne hébergée – sous réserve que ledit contrat de séjour ne soit pas résilié avant cette date, auquel cas l'engagement s'éteindrait à la fin de cette résiliation –, et s'engage à ce titre, au profit de l'établissement, à payer les frais de séjour (tels qu'arrêtés chaque année par arrêté du Président du conseil départemental) ainsi que les frais éventuels de remise en état des locaux et biens mis à la disposition de la personnes hébergée pendant son séjour.

La personne caution doit recopier de sa main la mention ci-après :

« Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion, jusqu'au départ de la personne hébergée, sous réserve que le contrat de séjour ne soit pas résilié avant cette date, et je m'engage à ce titre au profit de l'établissement à payer les frais de séjour, révisés et fixés chaque année, ainsi que les frais éventuels de remise en état des locaux et biens mis à disposition. Je confirme avoir une entière connaissance de la nature et de l'étendue de mon engagement ».

Annexe 4 : Obligés alimentaires

Lorsqu'une personne se trouve en situation de détresse financière, il est naturel de faire jouer les structures de soutien et d'entraide mises en place par la société. Pourtant, la loi prévoit que le premier réseau de solidarité qui doit jouer est celui de **l'entraide familiale**.

Les membres d'une famille ont ainsi **l'obligation** d'aider celui d'entre eux qui se trouverait dans le besoin: c'est le principe de l'obligation alimentaire.

➤ Qui est concerné par l'obligation alimentaire ?

- Les enfants envers leurs parents et autres ascendants (Article 205 du Code civil),
- Les gendres et belles-filles envers leurs beaux-parents (Article 206 du Code civil),
- Les époux entre eux (Article 214 du Code civil),
- L'adopté envers l'adoptant et inversement (Article 367 du Code civil),
- Les personnes tenues à cette assistance sont désignées sous le terme de «débiteurs d'aliments».

C'est à eux que l'on peut faire appel lorsque les revenus des personnes âgées ne suffisent pas à payer l'intégralité d'un séjour en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Liste des obligés alimentaires :

NOM Prénom	Lien de parenté	ADRESSE	 Tél

Annexe 5 : Etat des lieux du logement d'entrée et de sortie

NOM de la personne hébergée.....

Réalisé par

(Nom de l'agent et du représentant de la personne hébergée, le cas échéant)

Date d'entrée **Date de sortie**

1 – CHAMBRE N° Particulière o Double o

2 – ETAT GENERAL

EQUIPEMENT	ENTREE	SORTIE

3 – REMARQUES PARTICULIERES

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 6 : Liste des biens conservés par le résident

Je soussigné (e), Madame, Mademoiselle, Monsieur

Représenté (e) par Mme ou M.(le cas échéant), reconnaît

conserver les objets ¹ dont la liste suit :

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓

Etabli en présence de Monsieur, Madame

(Nom, prénom et qualité de l'agent de l'Etablissement)

Fait à Villefranche de Rouergue, le

Signature de la personne hébergée
Ou de son représentant

Signature de l'agent
ayant procédé à l'inventaire

¹ Les effets personnels tels que les vêtements, chaussures et accessoires ne font pas partie des objets soumis à déclaration.

Annexe 7 : Procuration postale

	PROCURATION POSTALE PARTICULIER <input type="checkbox"/> Création <input type="checkbox"/> Modification / Suppression (Procuration Postale N° _____)
Formulaire 776 PP	
Identification de l'émetteur de la procuration (Mandant)	
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Nom _____ Prénom _____	
APPARTEMENT, BOÎTE AU LETTRES, ETAGE, COULOIR, ESCALIER _____ ENTREE, TOUR, IMMEUBLE, BÂTIMENT, RESIDENCE _____ N°+EXTENSION (BIS, TER), NOM DE LA VOIE _____ BP OU LIEU DIT _____ CODE POSTAL, LOCALITE _____	
Téléphone : _____ Courriel : _____	
<input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des offres commerciales du groupe La Poste par courrier électronique <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des offres commerciales des partenaires du groupe La Poste par courrier électronique	
<input type="checkbox"/> Donne pouvoir <input type="checkbox"/> Annule pouvoir pour RETIRER en bureau et RECEVOIR au domicile du mandant les envois distribués par La Poste	
Identification du destinataire de la procuration (Mandataire)	
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Nom _____ Prénom _____	
APPARTEMENT, BOÎTE AU LETTRES, ETAGE, COULOIR, ESCALIER _____ ENTREE, TOUR, IMMEUBLE, BÂTIMENT, RESIDENCE _____ N°+EXTENSION (BIS, TER), NOM DE LA VOIE _____ BP OU LIEU DIT _____ CODE POSTAL, LOCALITE _____	
Conditions spécifiques de délivrance des procurations postales pour les particuliers	
<p>I) Objet Le mandant est la personne majeure qui donne procuration, le mandataire celle qui la reçoit. La procuration postale permet à toute personne désignée par le mandant, au nom et pour le compte de celui-ci, de retirer en bureau de poste et recevoir au domicile du mandant les envois adressés distribués par La Poste (produits courrier-cois). Les procurations postales ne modifient pas les conditions de délivrance des produits et services ci-dessus lorsqu'elles sont fixées par leurs propres conditions générales ou spécifiques de vente.</p> <p>II) Conditions et Délivrance La procuration postale dûment renseignée doit être signée en présence d'un agent de La Poste. Le mandant doit justifier de son identité au moyen d'une pièce d'identité originale comportant photographie et signature. Le mandant doit établir autant de formulaires de « procuration postale » que de mandataires désignés. Le mandant et le mandataire peuvent se donner mutuellement procuration, en remplissant chacun un formulaire 776. La Poste ne recueille pas l'acceptation écrite du mandataire sur le formulaire de procuration postale et ne lui en délivre pas d'exemplaire. Le mandant garantit donc être autorisé à communiquer les coordonnées de son mandataire et s'engage à l'informer des présentes « conditions spécifiques ». Le mandataire est présumé avoir consenti à la procuration postale s'il accepte de recevoir le courrier au domicile du mandant ou de le retirer en bureau de poste. Le cas échéant, La Poste normalise les adresses du mandant et/ou du mandataire au regard de la norme AFNOR et de ses fichiers géographiques afin d'optimiser la qualité du libellé. Un délai de cinq jours ouvrables, à titre indicatif, est nécessaire tant pour la mise en œuvre que pour la résiliation de la procuration postale.</p> <p>III) Durée - Résiliation La durée de la procuration postale est de 5 ans. Toutefois, elle prend fin avant l'échéance en cas de : - Révocation à tout moment par le mandant, - Renonciation à tout moment par le mandataire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Décès du mandant ou du mandataire, sur production d'un acte d'état civil ou d'une attestation notariée, - Mise sous tutelle du mandant ou du mandataire, sur production d'une copie certifiée conforme d'une décision de justice, - Souscription d'un contrat de réexpédition définitive par le mandant ou le mandataire, <p>Le mandant est responsable de tout défaut d'information de sa part, de nature à remettre en cause la validité de la ou des procurations postales consenties.</p> <p>IV) Convention de preuve Le mandant reconnaît expressément la valeur probante de la procuration postale scannée et numérisée, y compris la signature du mandant sur celle-ci. Les documents ainsi scannés et numérisés constituent des preuves et, s'ils sont produits comme moyen de preuve par l'une ou l'autre des parties dans toute procédure contentieuse ou autre, ils sont recevables, valables et opposables entre les parties de la même manière, dans les mêmes conditions et avec la même force probante que tout document contractuel signé par les parties. Les conditions spécifiques pourront être modifiées. Elles seront alors portées à la connaissance du mandant par tout moyen et se substitueront aux présentes.</p> <p>V) Protection des données personnelles Les données à caractère personnel collectées par La Poste dans le présent formulaire sont nécessaires pour l'exécution de la procuration postale et font l'objet d'un traitement informatique. Par ailleurs lorsque le mandant n'a pas exprimé son désaccord au moyen des cases à cocher prévues à cet effet sur le formulaire, ses coordonnées sont susceptibles d'être utilisées à des fins de prospection commerciale. Conformément à la loi n°78-17 modifiée, le mandant et le mandataire peuvent exercer leur droit d'accès, de rectification et d'opposition auprès d'un bureau de poste, d'un centre courrier ou téléphonant au 3631.</p>
Je déclare avoir lu et accepté sans réserve les Conditions spécifiques ci-dessus et m'engage à les porter à la connaissance de mon mandataire.	
<input type="checkbox"/> Je refuse de recevoir des offres commerciales du groupe La Poste et de ses partenaires par voie postale	
_____ Le _____ - Signature du Mandant	
Partie à remplir par La Poste Pièce d'identité produite : <input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Autre : _____ N° : _____ Délivrée le : _____ Par : _____ Code Regate : _____ Bureau : _____	
Réf : 2012-03-776PP Exemplaire à envoyer au CNGDC - 1 RUE PABLO NERUDA 81032 ALBI CEDEX 9	

La Poste - Société Anonyme au capital de 3 800 000 000 euros - 356 000 000 RCS PARIS. Siège social : 44 BOULEVARD DE VAUGIRARD - 75757 PARIS CEDEX 15

Annexe 8

Objectifs de la prise en charge et des prestations adaptées à la personne hébergée

LE PRÉSENT AVENANT EST CONCLU ENTRE :

D'une part :

- l'USLD / l'EHPAD, représenté par son directeur d'établissement,
dénommé ci-après : « **L'ETABLISSEMENT** »

Et d'autre part :

M. ou Mme
Né (e) le
à
demeurant

dénommé ci-après « **LA PERSONNE HEBERGEE** »

Le cas échéant, représenté(e) par :

M. ou Mme
Né (e) le
à
demeurant
lien de parenté
qualité

Le cas échéant, en vertu d'une décision de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, prise par le tribunal d'instance de (Joindre la copie du jugement).

Dénommé ci-après « **LE REPRÉSENTANT LÉGAL** ».

Il est rappelé ce qui suit :

Le présent avenant a pour objet, conformément au décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004, d'élaborer avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal, les objectifs et les prestations les mieux adaptés, dans le cadre de la faisabilité technique de l'établissement. Cet avenant sera réactualisé tous les ans.

Il convient dans un premier temps de faire le bilan de l'état de dépendance de la personne hébergée puis de définir les objectifs et prestations destinés à la préservation de l'autonomie de la personne hébergée.

consultation du centre médico-psychologique oui non

Orientation

- ◆ Stimulation à l'approbation des lieux oui non
- ◆ Stimulation à l'approbation du temps oui non
- ◆ Stimulation à l'approbation de l'espace oui non
- ◆ Entretien et évaluation avec notre psychologue oui non

Toilette haut/bas

- ◆ Stimulation à l'autonomie oui non
- ◆ Aide oui non
- ◆ Suivi de l'hygiène corporelle oui non

Habillage haut/moyen/bas

- ◆ Stimulation à l'autonomie oui non
- ◆ Aide oui non
- ◆ Mise en adéquation des vêtements avec la température oui non

Se servir

- ◆ Stimulation à l'autonomie oui non
- ◆ Mise à disposition et facilitation à la prise des objets oui non
- ◆ Aide à la prise oui non

Manger

- ◆ Stimulation à l'autonomie oui non
- ◆ Aide à la prise alimentaire oui non
- ◆ Suivi alimentaire oui non

Élimination urinaire/fécale

- ◆ Stimulation à l'autonomie oui non
- ◆ Aide ponctuelle oui non
- ◆ Mise en place et suivi de protections adaptées oui non

Transfert

- ◆ Stimulation à la mobilisation oui non
- ◆ Aides techniques oui non
- ◆ Soutien ponctuel oui non

Déplacement intérieur/extérieur

- ◆ Stimulation à la marche oui non
- ◆ Aides techniques oui non
- ◆ Accompagnements ponctuels oui non

Communication à distance

- ◆ Stimulation à la conservation des liens sociaux oui non
- ◆ Mise à disposition d'une ligne téléphonique privative oui non
- ◆ Équipement sécuritaire par un appel d'urgence
Individualisé et personnalisé oui non

Annexe 9 : Personne de confiance

Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé,
- assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas,
- prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale.

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche serait consulté.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches ...).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

**Attestation à conserver par l'établissement
relative à l'information sur la personne de confiance**

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Fonction(s) dans [Nom de l'établissement] : _____

atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Attestation signée à _____, le _____

**Signature du Directeur
ou de son représentant**

Cosignature de la personne accueillie

**Formulaire de désignation 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 _____ à _____

Ne désigne pas de personne de confiance (raisons : refus ou incapacité)

Désigne

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe professionnel / portable : _____

E-mail : _____

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

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

**Formulaire de révocation 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 _____ à _____

Met fin à la désignation de

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe professionnel / portable : _____

E-mail : _____

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

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#).

Fait à _____, le _____

Signature

**Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e)
le formulaire de désignation de la personne de confiance**

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

<p>Témoin 1 :</p> <p>Je soussigné(e)</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) _____</p> <p>atteste que la désignation de :</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Fait à _____, le _____</p> <p>Signature du témoin : _____ Cosignature de la personne de confiance : _____</p>	<p>Témoin 2 :</p> <p>Je soussigné(e)</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) _____</p> <p>atteste que la désignation de :</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Fait à _____, le _____</p> <p>Signature du témoin : _____ Cosignature de la personne de confiance : _____</p>
--	--

**Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e)
le formulaire de révocation de la personne de confiance**

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de révocation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

<p>Témoin 1 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) _____</p> <p>atteste que :</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>a mis fin à la désignation de Nom et prénom : _____</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique</p> <p>Fait à _____, le _____</p> <p>Signature du témoin :</p>	<p>Témoin 2 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) _____</p> <p>atteste que :</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>a mis <i>fin</i> à la désignation de Nom et prénom : _____</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique</p> <p>Fait à _____, le _____</p> <p>Signature du témoin :</p>
--	---

Annexe 10 : Directives anticipées

Je soussigné(e) :

Né(e) à..... Le :

Domicilié(e) à.....

J'ai désigné M. Mme.....comme personne de confiance et l'en ai informé(e).

Si je n'ai pas encore désignée de personne de confiance, je peux demander un formulaire au personnel soignant.

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle : (joindre la copie de l'autorisation)

J'ai l'autorisation du juge : oui non Du conseil de famille : oui non

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1) Dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

- J'accepte que l'on me maintienne artificiellement en vie
- Je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie

2) A propos des actes et des traitements médicaux :

S'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autres effets que le seul maintien artificiel de la vie (acharnement thérapeutique ou obstination déraisonnable), ils peuvent être arrêtés ou ne pas être entrepris.

J'accepte ou je refuse qu'ils soient entrepris :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire j'accepte je refuse
(tube pour respirer)
- Une dialyse rénale : j'accepte je refuse
- Une intervention chirurgicale j'accepte je refuse
- Alimentation et hydratation artificielles j'accepte je refuse
- Transfusion sanguine j'accepte je refuse
- Autre : j'accepte je refuse

Si les traitements ont déjà été entrepris, j'accepte ou je refuse qu'ils soient arrêtés :

- Assistance respiratoire j'accepte je refuse
- Une dialyse rénale : j'accepte je refuse
- Alimentation et hydratation artificielles j'accepte je refuse
- Transfusion sanguine j'accepte je refuse
- Autre : j'accepte je refuse

3) A propos de la sédation profonde (altération de la conscience, jusqu'au sommeil) et continue (jusqu'au décès) associée à un traitement de la douleur :

J'indique si je veux ou non bénéficier de cette sédation : j'accepte je refuse

Fait le à Signature du patient

Directives anticipées : Modification / Annulation

Je soussigné(e) : Nom

Prénom.....

Né(e) à..... Le :.....

Souhaite modifier mes directives anticipées et demande à en rédiger de nouvelles à l'aide d'un nouveau formulaire.

Déclare annuler mes directives anticipées datées du/...../..... .

Fait à _____, le _____

Signature de la personne hébergée

Directives anticipées : Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée) :

Témoin 1 :

Je soussigné(e) (Nom Prénom)

Qualité

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.
ou Mme Née le

Fait à :

Le :

Signature témoin 1 :

Témoin 2 :

Je soussigné(e) (Nom Prénom)

Qualité

Atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.
ou Mme Née le

Fait à :

Le :

Signature témoin 2 :

Annexe 11 relative à la liberté d'aller et venir

CONTRACTANTS

Entre : L'USLD L'EHPAD

Représenté par Monsieur PERIN,

Désigné ci-après « l'établissement »,

Et :

Mme/M.

Désigné ci-après « la personne hébergée » ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 311-4 et L. 311-4-1, Il est convenu ce qui suit :

PREAMBULE

La liberté d'aller et venir est un principe de valeur constitutionnel, qui reconnaît à l'individu le droit de se mouvoir et de se déplacer d'un endroit à l'autre. L'article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée, telle qu'introduite par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, garantit à la personne hébergée le droit à son autonomie et la possibilité de circuler librement. Le législateur énonce les modalités de mise en œuvre concrète de la liberté d'aller et venir au regard notamment des nécessités liées au respect de l'intégrité physique et de la sécurité de la personne. **L'annexe au contrat de séjour mentionnée à l'article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles est un document à portée individuelle mis en œuvre seulement si la situation de la personne hébergée le requiert.** Elle a pour objectif d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins individuels de la personne hébergée en matière de soutien de sa liberté d'aller et venir dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité. Comme le précise le législateur, les mesures envisagées ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus.

L'annexe au contrat de séjour est le fruit du travail pluridisciplinaire de l'équipe médico-sociale de l'établissement, qui s'appuie sur les données de l'examen médical de la personne hébergée, dans le respect du secret médical, pour identifier les besoins de la personne hébergée.

Si elle le souhaite, la personne hébergée et, le cas échéant, la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique ou, après accord de la personne hébergée, sa personne de confiance, peut demander, préalablement à la signature de l'annexe, à être reçue par le médecin coordonnateur ou à défaut, par une personne de l'équipe médico-sociale ayant participé à l'évaluation pluridisciplinaire ou par le médecin traitant, pour bénéficier d'explications complémentaires, notamment d'ordre médical, sur les mesures envisagées.

L'annexe est signée lors d'un entretien entre la personne hébergée et, le cas échéant, de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou en présence de sa personne de confiance, et le directeur d'établissement ou son représentant.

I. OBJET DE L'ANNEXE

La présente annexe définit les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires que le médecin coordonnateur propose au directeur de l'établissement pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne hébergée et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir au sein de la structure.

Ces mesures sont élaborées par le médecin coordonnateur, ou à défaut le médecin traitant, et l'équipe médico-sociale de l'établissement en fonction des besoins identifiés à la suite de l'examen médical de la personne hébergée et après analyse des risques et des bénéfices de ces mesures. Ces mesures sont élaborées conformément au cadre constitutionnel et légal rappelé en préambule. La présente annexe prévoit également les modalités relatives à sa durée, à sa révision et à son évaluation.

II. EQUIPE MEDICO-SOCIALE AYANT PARTICIPE A L'EVALUATION DE LA PERSONNE HEBERGEE

L'examen médical de la personne hébergée est intervenu le [date]..... Il a été réalisé par le docteur [prénom nom]....., [médecin coordonnateur de l'établissement/médecin traitant de la personne hébergée]. L'équipe médico-sociale de l'établissement s'est réunie le [date]..... afin d'évaluer, avec le médecin ayant procédé à l'examen de la personne hébergée, les bénéfices et risques des mesures envisagées.

Participaient à cette évaluation les personnes suivantes :

[prénom nom]....., [fonction]

[prénom nom]....., [fonction].....

Le projet d'annexe au contrat de séjour a été remis par [prénom nom]....., [fonction]à la personne hébergée, à son représentant légal ou le cas échéant, à sa personne de confiance le [date]..... La personne hébergée a émis les observations suivantes :

[A compléter le cas échéant]

III. MESURES PARTICULIERES PRISES PAR L'ETABLISSEMENT

Conformément à l'article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, « dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. »

Dans le cadre du soutien à l'exercice de la liberté d'aller et venir de la personne hébergée au sein de l'établissement, l'établissement s'engage à privilégier les réponses adaptées face aux risques identifiés pour l'intégrité physique et la sécurité de la personne hébergée en maintenant le contact avec elle et en l'accompagnant, autant que faire se peut, dans ses déplacements. Toutes les réponses apportées par l'établissement sont préventives.

L'établissement porte une attention particulière à la promotion de la liberté d'aller et venir de la personne hébergée, quel que soit son état de santé, dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité.

Dans ce cadre, l'établissement est tenu de rechercher, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur, le consentement de la personne hébergée pour la mise en œuvre de mesures visant à assurer son intégrité physique et sa sécurité dès lors qu'elles sont strictement nécessaires et proportionnées aux risques encourus.

Les mesures individuelles et applicables à la situation particulière de la personne hébergée prises par l'établissement sont retracées dans le tableau ci-après, dans lequel la personne hébergée exprime son acceptation.

Tableau à compléter sur la base de l'évaluation pluridisciplinaire de la personne hébergée

MESURES PROPOSÉES	ACCORD	ABSENCE D'ACCORD	OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

IV. DUREE DE L'ANNEXE

La présente annexe est conclue pour une durée de [à compléter].....
Elle peut être révisée à tout moment et les mesures qu'elle comporte sont réévaluées au moins tous les six mois.

V. EVALUATION DE L'ADAPTATION DES MESURES INDIVIDUELLES MENTIONNEES DANS L'ANNEXE AU CONTRAT DE SEJOUR

L'établissement s'engage à procéder à une évaluation continue de l'adaptation des mesures individuelles prévues dans la présente annexe. Si l'établissement constate que les mesures prévues n'ont pas été mises en œuvre ou ne l'ont pas été d'une manière à satisfaire l'objectif qui lui était assigné, il s'engage à mettre en place toute action visant à pallier ces manquements.

VI. MODALITES DE REVISION DE L'ANNEXE

Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, à la demande écrite de la personne hébergée ou de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Il peut également faire l'objet d'une révision à l'initiative du directeur de l'établissement, du médecin coordonnateur ou du médecin traitant en l'absence du médecin coordonnateur.

Fait en double exemplaire à, le

Signature de la personne hébergée
Ou de son représentant légal

Signature du directeur d'EHPAD

Annexe 12 : Déclaration de choix du médecin traitant

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
 inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

l'assuré(e)	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>
n° d'immatriculation	<input type="text"/>
le bénéficiaire	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>
date de naissance	<input type="text"/>
adresse de l'assuré(e)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	nom et prénom du médecin traitant
	nom <input type="text"/>
	prénom <input type="text"/>
n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)	identifiant <input type="text"/>
<input type="text"/>	

(*) centre de santé, établissement ou service médico-social

déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant

le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

bénéficiaire (et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de + 16 ans)	médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme, Mlle	Je soussigné(e), Docteur
déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant	déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
signature(s) <input type="text"/>	signature <input type="text"/>

déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

S 3704a

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Annexe 13 : Volontés autour de la personne hébergée

NOM : **Prénom :**

PREVENIR :

✓ **QUI ?**

Famille : Nom – Prénom Tél :

En cas d'absence : Nom Tél :

Tuteur : Nom Tél :

✓ **QUAND ?** Jour Nuit

CONTRAT OBSEQUES

Oui Si oui préciser Nom : Tél :

Non

TRANSPORT DU CORPS :

Pompes Funèbres : Nom :

Adresse : Tél :

Destination :

Funérarium (ville) :

Domicile :

Autres :

Inhumation : Oui Non

Incinération : Oui Non

DON DU CORPS :

Carte du donneur N° :

Procédure (copie à fournir)

Autres informations :

Religion :

(Procédure particulière) ?

Visite d'un représentant du culte souhaitée ?

Qui se charge de prévenir le représentant du culte ?

Date :

SIGNATURE

de la personne hébergée ou de son représentant

Annexe 14 : Le droit à l'image

Autorisation d'utilisation de photographies

Je soussigné(e), M. ou Mme

Ou son représentant.....

Adresse

Code postal Ville

AUTORISE l'établissement à me prendre en photographie pour les conserver dans le dossier administratif et le dossier de soins.

N'AUTORISE PAS l'établissement me prendre en photographie pour les conserver dans le dossier administratif et le dossier de soins.

Par cette autorisation, je prends connaissance que l'existence de cette photographie participe à ma propre sécurité dans l'institution.

AUTORISE l'établissement à me prendre en photographie lors des activités thérapeutiques et d'animation.

N'AUTORISE PAS l'établissement à me prendre en photographie lors des activités thérapeutiques et d'animation.

Fait à, le

*Signature de la personne hébergée
ou de son représentant légal*

Annexe 15 : Trousseau à fournir à l'admission

Affaires de Toilette :

- ◆ Trousse
- ◆ Brosse à dents, dentifrice
- ◆ Gobelet ou boîte à dentier ainsi que les comprimés permettant le nettoyage des prothèses dentaires
- ◆ Des savonnettes ou du savon liquide
- ◆ Un peigne et une brosse à cheveux
- ◆ Du shampoing
- ◆ Un nécessaire à coiffure : barrettes, pinces, élastiques, eau de toilette
- ◆ De préférence un rasoir électrique et de la lotion après-rasage ou rasoir normal et de la mousse à raser (à renouveler régulièrement)
- ◆ Un coupe ongle et des limes
- ◆ Des mouchoirs, à jeter de préférence
- ◆ Nécessaire de maquillage pour les dames : rouge à lèvres, fard à joues, vernis à ongles, dissolvant...

Linge Personnel :

- ◆ Sous-vêtements (éviter le nylon)
 - 10 culottes coton
 - 6 tricots de peau
 - 6 combinaisons (facultatif)
- ◆ 6 chemises de nuit ou pyjamas (prévoir une taille plus grande plus adaptée)
- ◆ 2 robes de chambre
- ◆ 2 paires de pantoufles fermées
- ◆ 6 tee shirt
- ◆ 8 paires de chaussettes longues
- ◆ Collants (facultatif)
- ◆ 6 robes avec poches ou pantalons ou jogging été - hiver
- ◆ 6 pulls acryliques
- ◆ 7 polos manches longues ou courtes (coton)
- ◆ 4 gilets avec poches
- ◆ 1 blouson ou manteau ou anorak
- ◆ sandales été – hiver à fermeture velcro
- ◆ chaussures de ville été et hiver
Pour des mesures de sécurité, afin d'éviter les chutes, nous vous conseillons des chaussures type basket montantes et à fermeture velcro

Nota Bene :

- Pour toutes les personnes qui ont des lunettes ou un appareil auditif, il est souhaitable que les lunettes soient marquées ou **gravées à votre nom de manière à éviter les pertes.**
- Dans la mesure du possible, il convient de **faire graver les prothèses à votre nom.**
- Cette liste est susceptible d'être modifiée ou adaptée à l'état du résident (ex : robe à ouverture complète dans le dos par velcro).