



Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - *Établissement Public*

---

# CONTRAT DE SEJOUR

AVIS FAVORABLE CVS DU 22/02/2013  
APPROUVE PAR DELIBERATION N° 831 DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 22/04/2013  
ACTUALISE PAR DELIBERATION N° 831 DU 24/09/2013

EHPAD AU SAVEL  
459 route de Berre - 06390 CONTES - Tél. 04 93 91 66 70 Fax 07 93 79 11 34 - e-mail : [ausavel@orange.fr](mailto:ausavel@orange.fr) - [www.ausavel.fr](http://www.ausavel.fr)

# SOMMAIRE

- ARTICLE 1** DE LA DUREE DU SEJOUR.
- ARTICLE 2** DES CONDITIONS D'ADMISSION.
- ARTICLE 3** DES PRESTATIONS FOURNIES PAR LA RESIDENCE.
- ARTICLE 4** DES CONDITIONS FINANCIERES.
- ARTICLE 5** DE LA FACTURATION DES PRESTATIONS.
- ARTICLE 6** DE LA RESILIATION DU CONTRAT.
- ARTICLE 7** DE LA RESPONSABILITE DE L'ETABLISSEMENT.
- ARTICLE 8** DE LA PREVENTION DE LA VIOLENCE ET DE LA MALTRAITANCE.
- ARTICLE 9** DU RESPECT DES VOLONTES.
- ARTICLE 10** DE L'ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR.
- ARTICLE 11** DE LA DUREE ET RENOUELEMENT DU CONTRAT DE SEJOUR.
- ARTICLE 12** DU PROJET PERSONNALISE.

## 0 ANNEXES

- ANNEXE 01** COORDONNEES DE L'ETABLISSEMENT ET PRESENTATION DE L'EQUIPE
- ANNEXE 02** DEPOT DE VOS BIENS DANS NOTRE ETABLISSEMENT
- ANNEXE 03** TARIFS
- ANNEXE 04** DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE
- ANNEXE 05** AUTORISATION DE DIFFUSION OU PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES
- ANNEXE 06** MARQUAGE DU LINGE DES RESIDENTS

# INTRODUCTION

Ce contrat est élaboré sur la base des lois et règlements en vigueur, ainsi que des recommandations souhaitées par les instances nationales de consultation.

Il tient compte des textes suivants :

- **la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale (en particulier l'article 8 précisant la rédaction de l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles) ;
- **la loi n°97-60 du 24 janvier 1997** relative à la prestation spécifique dépendance (en particulier l'article 26 du titre IV) ;
- **la loi n° 90.600 du 6 juillet 1990** relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.
- **le décret n°2004-287 du 25 mars 2004** relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation instituées à l'article L 311-6 du code de l'action sociale et des familles ;
- **le décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001** portant application de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (en particulier l'article 28) ;
- **l'arrêté du 26 avril 1999** fixant le cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ;
- **l'arrêté du 7 janvier 1997** relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé.
- **la lettre-circulaire du 11 mars 1986** relative à la mise en place des conseils d'établissement (annexe n°2 : exemple de contrat de séjour) ;
- **l'avis du Conseil National de la Consommation** sur un modèle de contrat de séjour destiné aux gestionnaires d'établissements hébergeant des personnes âgées (séance plénière du 19 mai 1994).
- **la note d'information du 9 décembre 1996 n° 1723** concernant la mise en place du modèle de contrat proposé par le Conseil National de la Consommation en 1994 et respect des dispositions générales s'appliquant aux établissements d'hébergement des personnes âgées (enquête TP 613 G) .

Le contrat de séjour définit les droits et obligations de l'EHPAD « AU SAVEL » et du résident, avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.

Les particuliers appelés à souscrire un tel contrat sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention. Ils peuvent, lors de la signature, se faire accompagner de la personne de leur choix et font connaître à l'établissement le nom et les coordonnées de la personne de confiance au sens de l'article L 1111-6 du code de la santé, s'ils en ont désigné une.

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

Son habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et de l'allocation personnalisée d'autonomie lui permet d'accueillir les personnes qui en font la demande et qui remplissent les conditions d'admission.

L'établissement répond aux normes pour l'attribution de l'allocation logement, permettant aux résidents qui remplissent les conditions nécessaires d'en bénéficier.

**Le présent contrat est conclu entre les parties suivantes ainsi dénommées :**

**d'une part,**

La Résidence « Au Savel », Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, située à l'adresse suivante : 459, route de Berre - 06390 CONTES.

et représentée par son directeur,

**et d'autre part,**

Monsieur, Madame, Mademoiselle : -----

Né(e) le ----- à -----  
de nationalité -----

dont l'adresse (antérieure) est -----  
-----  
-----

Représenté(e) par (\*) :

**Monsieur, Madame, Mademoiselle :** -----  
**Organisme tutélaire** -----

(\*) En cas de mesure de protection juridique.

IL EST CONVENU ENTRE LES CONTRACTANTS CE QUI SUIT,

Etant entendu que toute modification fera l'objet de la signature d'un avenant annexé au présent contrat.

## **Article 1 : de la durée du séjour.**

Le présent contrat est signé pour une durée

- indéterminée.
- déterminée de..... Mois, à la demande du résident lui-même, dans le cadre d'une demande d'hébergement temporaire.

La date d'entrée du résident est fixée par les deux parties. Elle correspond, sauf cas de force majeure, à la date de départ de la facturation des prestations d'hébergement, même si le résident décide d'arriver à une date ultérieure.

Quelle que soit la durée de ce contrat, les clauses qui suivent s'appliquent aux contractants, sauf dans le cas d'une mention spécifique clairement exprimée.

Au terme de l'hébergement temporaire, s'il était renouvelé, et au-delà de six mois, ce contrat deviendrait obligatoirement un contrat à durée indéterminée.

## **Article 2 : des conditions d'admission.**

L'établissement « AU SAVEL » reçoit des personnes seules des deux sexes ou des couples âgés d'au moins 60 ans (sauf dérogation d'âge accordée par le département) autonomes, semi valides ou dépendantes sans aucune discrimination de race et de religion.

Les couples, expressément reconnus, disposent d'une chambre réservée à cet effet.

Les soins dispensés à la personne seront fonction de son degré de dépendance (toilette, habillage, repas, déplacements...).

La décision d'admission est prise par le Directeur, après :

- Avis du médecin coordonnateur de la Résidence
- entretien de pré admission avec la famille et le résident et visite de l'établissement avec le médecin coordonnateur
- Présentation de l'équipe pluri disciplinaire
- Présentation d'un dossier administratif comprenant :
  - o un dossier de renseignements administratifs,
  - o une fiche d'état civil ou copie du livret de famille,
  - o sa carte nationale d'identité ou tout autre document d'identité,
  - o deux photographies d'identité,
  - o son attestation d'assurance maladie avec les droits ouverts,
  - o sa carte vitale (à remettre lors de l'admission),
  - o sa carte de mutuelle ou attestation CMU complémentaire (s'il en dispose d'une),
  - o une copie du jugement dans le cas de l'existence d'une protection juridique,
  - o son carnet de santé (si à jour),
  - o un chèque de caution d'un montant équivalent à un mois de séjour pour les entrées à titre payant, établi à l'ordre du Trésor Public (provision encaissée par le Trésor Public, mais restituée automatiquement à la fin du séjour par le Trésor Public suivant les indications de l'E.H.P.A.D « Au Savel »).
- le choix de la désignation de la Personne de confiance dûment rempli et signé
- un engagement de payer,
- le choix du service de pompes funèbres ou contrat obsèques,
- en cas de demande d'aide sociale pour le placement en Maison de Retraite, il est impératif de fournir la notification d'admission à l'aide sociale ou la notification d'admission d'urgence émanant du C.C.A.S,
- le dernier avis d'imposition
- les justificatifs des ressources (pensions, livrets, caisse d'épargne, loyers, etc...),

Pour le résident originaire d'un autre département et qui va solliciter l'aide sociale, la décision d'admission devra être fournie impérativement avant l'entrée dans le service d'hébergement de personnes âgées dépendantes.

Depuis la loi du 1<sup>er</sup> janvier 2006 la chambre du résident étant considérée comme un espace privatif, nous recommandons aux familles des futurs résidents de conserver leur assurance responsabilité civile.

Par ailleurs, la personne ayant demandé le bénéfice de l'aide sociale s'engage, par le présent contrat, à :

- reverser, dès la date de son entrée en EHPAD, ses pensions, retraites, rentes et ressources diverses, auprès du receveur de l'établissement ;
- régler la différence entre les frais d'hébergement dus et les ressources reversées dans l'attente de la décision de prise en charge des services de l'aide sociale.

### **Article 3 : des prestations fournies par la résidence.**

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

Les tarifs journaliers résultants d'une décision des autorités de tarification (Conseil Général, ARS) et qui s'imposent à l'établissement, sont portés à la connaissance du résident ou de son représentant légal. Ils sont affichés sur le panneau d'information des résidents et de leur famille, situé à l'accueil. Toutes modifications leur sont également communiquées.

Il convient de souligner que les tarifs peuvent être fixés par le Président du Conseil général après le 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours, mais ces tarifs sont en fait applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année. Par conséquent, des rappels pourront être adressés au résident et /ou à sa famille.

Le règlement de fonctionnement donne des précisions sur les prestations proposées par la Résidence :

- DE LA CHAMBRE.**
- DE VOTRE MOBILIER.**
- DE VOS REPAS.**
- DE VOTRE LINGE.**
- DE VOTRE CONFORT.**
- DE VOS LOISIRS, DISTRACTIONS ET ANIMATIONS.**
- DE VOS SOINS ET DE VOTRE SUIVI MEDICAL.**

### **Article 4 : des conditions financières.**

La tarification et la facturation se fondent sur un tarif journalier afférent à l'hébergement et à la dépendance. Ce dernier prend effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile, bien que connu postérieurement.

Aussi, pour faire face à des augmentations réclamées en cours d'année, il est conseillé aux résidents payants de se constituer personnellement une provision, pour pouvoir faire face à des rappels éventuellement importants. Au demeurant, les rappels pourront être échelonnés sur plusieurs mois, après étude de la situation en présence.

Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement en chambre individuelle ou double, sont affichés, dès réception, dans les espaces habituels réservés aux informations destinées aux résidents de l'établissement.

### **- DEPOT DE CAUTION :**

Etant donné que le paiement mensuel des frais d'hébergement se fait à terme échu, il est demandé à chaque résident une caution qui équivaut à une somme égale à 31 jours de frais de séjour.

Cette caution sera restituée au terme du contrat, et ce dans un délai de 2 mois maximum après son terme.

Cette somme est réputée non productive d'intérêts.

Sa restitution sera diminuée des sommes éventuelles qui pourraient être dues par le Résident à l'établissement.

### **- DE L'ENGAGEMENT SOLIDAIRE :**

Un membre de votre famille pourra être sollicité pour signer l'engagement solidaire de règlement de vos frais de séjour.

### **Article 5 : de la facturation des prestations. (VOIR ANNEXE N°3)**

La facturation prend effet au jour de l'entrée, sauf si la chambre a fait l'objet d'une réservation.

Le tarif journalier peut varier dans les cas suivants :

- Lors d'une hospitalisation, une réduction est effectuée pour tenir compte de la réduction du forfait hospitalier à partir de 72h (voir détail en annexe 3). Cette réduction tiendra compte de la demande de la famille de réserver la chambre malgré l'hospitalisation et de la durée de cette hospitalisation. Au delà de 35 jours d'hospitalisation et conformément au règlement départemental, la chambre sera alors considérée comme libérée et remise à la disposition de la Résidence.

- La personne âgée (ou sa famille, ou son représentant légal) pourra demander à titre dérogatoire la conservation de la chambre en acquittant le montant du prix de journée comme ci-dessus indiqué.

- Lors d'un départ en vacances, compté conformément aux congés annuels (minimum 5 jours et maximum 5 semaines) le résident libérera alors sa chambre et n'aura plus aucun prix à acquitter, sa chambre pouvant être mise à disposition d'un autre résident pour la durée de ses vacances. S'il ne libère pas sa chambre, il bénéficiera d'une réduction, pour tenir compte de la réduction du forfait hospitalier lors de l'absence du résident (voir détail en annexe 3).

- Lors d'une résiliation :

- pour cause de décès : La chambre sera restituée dans les deux jours qui suivent le décès.

- pour cause de départ volontaire du résident : cette date sera établie en accord entre les parties. Le résident avertira la direction de son départ 15 jours à l'avance.

- La facturation s'effectuera jusqu'à la date convenue que le résident soit ou non encore présent.
- Le paiement mensuel variera en fonction du nombre de jours de chacun des mois.
- Le paiement mensuel s'effectue à terme échu et impérativement dans les 10 jours du mois suivant.

Les tarifs seront révisés chaque année par arrêté préfectoral.

Le résident sera tenu informé du taux d'augmentation autorisé dès sa parution, par un affichage.

Dans le cas où la tarification n'a pas été fixée avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice auquel elle se rapporte, une régularisation des versements dus au titre de la période allant du 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice à la date d'effet du nouveau tarif s'effectue.

## **Article 6 : de la résiliation du contrat.**

Il existe **trois cas** de résiliation :

### **1. LA RESILIATION A LA DEMANDE DU RESIDENT.**

Le résident peut demander la résiliation de son contrat.

Il l'indiquera par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 15 jours avant la date de son départ

Il devra respecter la date annoncée de son départ afin de permettre l'entrée d'un nouveau résident.

### **2. LA RESILIATION A LA DEMANDE DE LA RESIDENCE.**

Trois cas se présentent ici :

a) l'inadaptation de l'état de santé du résident aux possibilités de sa prise en charge par la Résidence.

Le fondement de cette cause de résiliation est l'état de santé du résident dont la dégradation est telle qu'il ne peut plus être pris en charge par la Résidence.

Son état de santé est constaté par le médecin de la Résidence, et s'il le souhaite, par son médecin traitant.

Le directeur, sur la base de cette décision médicale, avise par lettre recommandée avec accusé de réception le résident, sa famille ou son représentant légal de l'impossibilité de son maintien dans l'institution.

L'urgence de cette résiliation peut entraîner un départ rapide du résident.

L'immédiateté d'une résiliation sera envisagée dans le cas de menace à la sécurité de la Résidence : pyromanie, violences physiques susceptibles d'entraîner des blessures à autrui ou à lui-même.

En aucun cas cette résiliation ne peut être liée à une simple hospitalisation demandée par le médecin de la Résidence ou par son médecin traitant ; cette résiliation ne sera effective que lorsque le résident aura trouvé une institution nouvelle susceptible de le recevoir.

b) l'incompatibilité avec la vie en collectivité.

Le résident, en institution, dispose de droits, de libertés et de devoirs.

Le respect des autres résidents ainsi que celui des règles intérieures de la Résidence constitue une base minimale de la vie en collectivité.

Chaque résident est tenu au courant de ces règles de fonctionnement, dès son admission par la transmission du règlement intérieur.

Leur non respect peut entraîner la rupture du lien contractuel du résident avec l'établissement.

Les faits reprochés seront portés à la connaissance du résident, de sa famille ou de son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

La persistance d'un comportement incompatible avec la nature de la Résidence entraînera la convocation du résident, de sa famille ou de son représentant légal, rencontre au cours de laquelle lui sera clairement spécifiée la résiliation du contrat qui le lie à la Résidence.

Un délai de 15 jours sera accordé au résident afin qu'il prenne toutes dispositions pour son départ.

c) le défaut de paiement.

Le paiement mensuel se fait dans les 10 jours du mois suivant l'usage des services de la Résidence.

Tout défaut de paiement sera traité par le comptable de l'établissement, à savoir le Trésor Public et sera susceptible d'entraîner la résiliation du contrat, si aucune solution amiable ne peut être trouvée.



### **3. LA RESILIATION POUR CAUSE DE DECES.**

Le décès constitue une cause naturelle de rupture du contrat.

Le conjoint, un membre de la famille ou le représentant légal est avisé par appel téléphonique.

Les vœux du résident exprimés lors de son entrée et inscrits dans un document, cacheté ou non, placé dans son dossier sont alors respectés. En leur absence, la famille ou le représentant légal est alors sollicité.

La chambre sera libérée dans les 2 jours.

Dans le cas d'un couple, le conjoint encore présent devra :

- soit accepter d'accueillir dans sa chambre double la venue d'un résident,
- soit choisir une autre chambre, double ou individuelle

Son avis sera sollicité et une décision devra être prise dans les 4 jours qui suivent le décès de son conjoint, sauf cas où aucune chambre vacante n'existe dans la Résidence.

### **Article 7 : de la responsabilité de l'établissement.**

Pour éviter les pertes ou les vols, il est conseillé au résident d'effectuer auprès du bureau des entrées de l'établissement le dépôt des sommes d'argent, titres et objets de valeur (voir règlement de fonctionnement) qui les remettra, dans les meilleurs délais, au Trésorier de Contes.

A défaut de cette démarche, l'administration ne pourra être tenue responsable.

En outre, il convient de rappeler qu'un inventaire contradictoire des effets personnels est établi lors de l'admission et signé par les deux parties. Toute modification devra faire l'objet d'un avenant à cet inventaire.

Le résident a la possibilité d'acquérir par ses propres moyens un coffre-fort qui sera installé dans la chambre par un agent du service technique.

Il convient de préciser que, malgré cet achat, la responsabilité de l'établissement ne peut être engagée en cas de perte ou de vol.

### **Article 8 : de la Prévention de la violence et de la maltraitance**

La Direction donnera les suites appropriées à tout acte éventuel de maltraitance physique, psychique ou morale, matérielle et financière, de négligence active ou passive, dont elle pourrait avoir connaissance.

Les personnels ont l'obligation de dénoncer les faits de maltraitance dont ils sont témoins dans l'exercice de leurs fonctions. Ils sont alors protégés conformément à la législation en vigueur.

### **Article 9 : du respect des volontés.**

En cas de décès, le directeur de l'établissement ou la personne mandatée par le gestionnaire de l'établissement s'engage à mettre tout en œuvre pour respecter les vœux exprimés lors de son entrée et inscrits dans son dossier administratif à la rubrique « volontés ». Si toutefois aucune volonté n'a été notifiée à l'administration, les mesures nécessaires sont arrêtées avec l'accord de la famille ou du représentant légal.

La famille est tenue de procéder au retrait des objets et biens personnels du résident déposés lors de l'admission.

## **Article 10 : de l'actualisation du contrat de séjour.**

Toutes les dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessus sont applicables dans leur intégralité.

Toute actualisation du contrat de séjour, approuvée par le Conseil d'administration, après avis du Conseil de la vie sociale le cas échéant, fera l'objet soit d'un avenant, soit d'une nouvelle version.

## **Article 11 : de la durée et renouvellement du contrat de séjour.**

Le présent contrat de séjour est consenti et accepté pour une durée d'une année.  
A l'expiration de ce délai, il est renouvelé annuellement par tacite reconduction et sans formalité particulière.

## **Article 12 : du projet personnalisé.**

Conformément aux recommandations de l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux) , un projet personnalisé devra être conclu entre l'établissement et le résident dans les 6 mois qui suivent l'admission.



Après avoir pris connaissance des conditions d'admission, de durée, de renouvellement, de résiliation et du coût du séjour, et produit les dossiers administratifs et médicaux,

Mademoiselle, Madame, Monsieur : .....

Est admis(e) à :  
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « AU SAVEL »  
459, route de Berre 06390 CONTES

A Compter du : .....

Mademoiselle, Madame, Monsieur : .....

Déclare en outre avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement, qui est joint au présent contrat.

M (Mme) -----  
peut apporter des objets personnels,

dont les meubles suivants :

-----  
-----

SIGNATURE DU RESIDENT ET DE SA FAMILLE (TITRE : FILLE, FILS, NEVEU, NIECE, ONCLE, TANTE, ETC...)

**Veillez S.V.P. parapher toutes les pages du présent contrat (en bas et à droite)**

Fait à CONTES, le

Signature du résident,

Le Directeur,

ou et de son représentant légal

Domenica MUOIO

# ANNEXES

# **ANNEXE N°01**

## **COORDONNEES DE L'ETABLISSEMENT ET PRESENTATION DE L'EQUIPE**

# COORDONNES DE L'ETABLISSEMENT ET PRESENTATION DE L'EQUIPE

EHPAD « Au Savel »  
459, route de Berre - 06390 Contes  
Tél. 04 93 91 66 70  
Fax. 04 93 79 11 34

## **Directeur**

Mme Domenica MUOIO 04 93 91 66 82

## **Chargée du Pôle Administration**

Mlle Rachel CODRON 04 93 91 66 82

## **Chargé du Pôle Hébergement**

Mr Rossano MOLFESE 04 93 91 66 72

## **Service Gestion des Séjours**

Mme Brigitte BERTAINA 04 93 91 66 73

Mme Audrey NOVOLLONI 04 93 91 66 70

## **Cadre supérieur de Santé**

Mme Anne DESCAMPS 04 93 91 66 69

## **Cadre de Santé**

Mme BRUILLARD Karine 04 93 91 66 79

## **Médecin Coordonnateur**

Mme Nicole SALOMON 04 93 91 66 86

## **Psychologue**

Mme Patricia GALEANO 04 93 91 66 77

## **Ergothérapeute**

Mlle Morgan FRANCOIS 04 93 91 66 88

## **Animation**

Mme Florence BOUCHON 04 93 91 66 70

## **Médecins libéraux**

Mme Catherine ALLIOLI 04 93 79 10 26

Mr Thierry BEAUFAY 04 93 79 00 51

Mr Pierre Jean LAPICQUE 04 93 79 16 66

Mr Nicolas REIX 04.93.79.11.33

Mme Marie-Fleur ALQUIER 04 93 54 97 83

ANNEXE N°1

# **ANNEXE N°02**

## **DEPOT DE VOS BIENS DANS NOTRE RESIDENCE**

## LE DEPOT DE VOS BIENS DANS NOTRE RESIDENCE.

Document initial

Ou

Avenant n° .....

Exemplaire remis au résident.

Exemplaire conservé par la Résidence.

En matière de biens conservés par le résident lors de son admission et de dépôt de certains de ces biens, les règles suivantes s'appliquent :

- le dépôt de biens n'est pas obligatoire, mais seulement recommandé,
- seuls les objets déposés peuvent engager la responsabilité de la Résidence,
- peuvent être déposés :
  - \* les sommes d'argent , titres et valeurs , livrets d'épargne , chèquiers, cartes de crédit , bijoux et objets précieux , qui seront remis au comptable de l'établissement
  - \* les autres biens mobiliers : papiers d'identité, clefs qui seront conservés au sein de la Résidence.
- tout dépôt complémentaire entraînera un avenant à ce document qui aura la même forme que le document initial.

VOUS VENEZ DE DEPOSER DANS NOTRE RESIDENCE LES BIENS SUIVANTS :

- sommes d'argent :

\* ..... Euros

\* ..... Euros

- titres et valeurs :

\* .....

\* .....

- livrets d'épargne :

\* .....

\* .....

\* .....

- chèquiers et cartes de crédit :

\* .....

\* .....

\* .....



- bijoux et objets précieux :

- \* .....
- \* .....
- \* .....
- \* .....

- autres biens mobiliers :

- \* .....
- \* .....
- \* .....

La personne détentrice des biens ci dessus définis est :

Madame, Monsieur, .....

dont la fonction dans la Résidence est : -----

**Ce document sert de reçu et engage la responsabilité de la Résidence pour les biens qui y sont décrits.**

Il est conforme aux dispositions de la loi n° 92.614 du 6 juillet 1992 relative à la responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé et certains établissements médico-sociaux et à la vente des objets abandonnés dans ces établissements, du décret n ° 93.550 du 27 mars 1993 portant application de la loi n° 92.614 du 6 juillet 1992 et de la circulaire interministérielle du 27 mai 1994 relative à la gestion des dépôts effectués par des personnes admises dans les établissements de santé et les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés en application de la loi du 6 juillet 1992 et du décret n° 93.550 du 27 mars 1993 .

L'absence de demande de restitution dans l'année qui suit votre départ entraînera la nullité de ce document.

Les biens non restitués seront remis à un organisme officiel de l'Etat.

Contes le.....

**Veillez S.V.P. parapher toutes les pages du présent contrat (en bas et à droite)**

Pour le Résident,

Pour l'EHPAD,

ou son représentant légal  
ou son représentant,

Le Directeur,  
ou son représentant,

# ANNEXE N°03

## TARIFS

# TARIFS

Tarif journalier afférent à l'hébergement à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour l'exercice 2018

Tarif chambre à deux lits : 53.32 euros

Tarif chambre individuelle : 58.85 euros

Tarifs journaliers afférents à la Dépendance, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour l'exercice 2018

Tarif dépendance GIR 1/2 : 15.24 euros

Tarif dépendance GIR 3/4 : 9.67 euros

Tarif dépendance GIR 5/6 : 4.10 euros

Par courrier en date du 6 juin 2002, le Conseil Général des Alpes Maritimes précise que, pour les établissements d'hébergement pour les personnes âgées, le principe du versement de l'APA sous forme de « dotation globale dépendance » a été retenu.

Le Conseil Général prévoit la participation journalière de chaque bénéficiaire APA en application des nouvelles dispositions prévues par l'Assemblée Départementale dont l'usager doit s'acquitter qu'il soit bénéficiaire de l'APA ou non (participation équivalente au coût du GIR 5/6 de l'établissement d'accueil).

Pour les résidents dépendant d'autres départements, le coût du tarif dépendance est facturé directement au Conseil Général du département dont ils relèvent.

Le montant du ticket modérateur est à régler :

- \* soit par le résident ou sa famille ou tuteur,
- \* soit par l'aide sociale de ce même département si le résident ne peut prendre en charge ce coût (une demande d'aide sociale pour le montant du ticket modérateur APA doit être établie auparavant).

A compter du 4<sup>ème</sup> jour d'absence pour hospitalisation, le forfait hospitalier est déduit du tarif hébergement. Pour les personnes prises en charge par l'aide sociale, les frais de séjour sont facturés et le forfait hospitalier est laissé à la charge de l'établissement.

## **Repas accompagnant au 1<sup>er</sup> janvier 2018:**

8.90 € en semaine et 12,60 € Dimanche et Jours Fériés (sauf le jour de Pâques – le jour de Noël – le jour de l'an : 18,60 €).

ANNEXE N°3

# **ANNEXE N°04**

## **DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE**

## DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 04.04.2002 relative aux droits du malade Article L.1111-6 du code de la santé publique

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_,

Résident de l'EHPAD « Au SAVEL »,

Né(e) le \_\_\_\_\_, À \_\_\_\_\_,

Désigne comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles:

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_,

Né(e) le \_\_\_\_\_, À \_\_\_\_\_,

Adresse : \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe professionnel / portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du résident,

Cosignature de la personne de confiance,

### **Partie facultative**

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

ANNEXE N°4

## LA PERSONNE DE CONFIANCE

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple, en cas d'hospitalisation), la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique peut exercer les missions suivantes.

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement.

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.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas d'une contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera.

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.



**NB : Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'autorisation de votre personne de confiance sera en revanche requise.**

**La Direction**

ANNEXE N°4

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><b>Témoïn 2 :</b>          Je soussigné(e)          Nom et prénom : _____          Qualité (lien avec la personne) _____          atteste que la désignation de : _____          Nom et prénom : _____          Comme personne de confiance en application de l'<a href="#">article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles</a> est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : _____          Nom et prénom : _____          Fait à _____, le _____          Signature du témoin : _____          Cosignature de la personne de confiance : _____</p> <p><b>Partie facultative</b>          Je soussigné(e)          Nom et prénom : _____          atteste également que : _____          Nom et prénom : _____</p> <p>- a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'<a href="#">article L. 1111-6 du code de la santé publique</a>, selon les modalités précisées par le même code : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>          - lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>          - lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>          Fait à _____, le _____          Signature du témoin : _____          Cosignature de la personne de confiance : _____</p>	<p><b>Témoïn 1 :</b>          Je soussigné(e)          Nom et prénom : _____          Qualité (lien avec la personne) _____          atteste que la désignation de : _____          Nom et prénom : _____          Comme personne de confiance en application de l'<a href="#">article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles</a> est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : _____          Nom et prénom : _____          Fait à _____, le _____          Signature du témoin : _____          Cosignature de la personne de confiance : _____</p> <p><b>Partie facultative</b>          Je soussigné(e)          Nom et prénom : _____          atteste également que : _____          Nom et prénom : _____</p> <p>- a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'<a href="#">article L. 1111-6 du code de la santé publique</a>, selon les modalités précisées par le même code : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>          - lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>          - lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>          Fait à _____, le _____          Signature du témoin : _____          Cosignature de la personne de confiance : _____</p>
---	---

---

## FORMULAIRE DE REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

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

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone fixe professionnel / portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

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**



<p><b>Témoïn 2 :</b></p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) _____</p> <p>atteste que : Nom et prénom : _____</p> <p>a mis fin à la désignation de Nom et prénom : _____</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'<a href="#">article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles</a> ;</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'<a href="#">article L. 1111-6 du code de la santé publique</a></p> <p>Fait à _____, le _____</p> <p>Signature du témoïn :</p>	<p><b>Témoïn 1 :</b></p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) _____</p> <p>atteste que : Nom et prénom : _____</p> <p>a mis fin à la désignation de Nom et prénom : _____</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'<a href="#">article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles</a> ;</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'<a href="#">article L. 1111-6 du code de la santé publique</a></p> <p>Fait à _____, le _____</p> <p>Signature du témoïn :</p>
---	---

# **ANNEXE N°05**

## **AUTORISATION DE DIFFUSION OU PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES**

---

## AUTORISATION DE DIFFUSION ET/OU PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES

Je soussigné(e), Madame, monsieur, \_\_\_\_\_,

Représentant légal de Madame, monsieur, \_\_\_\_\_,

Né(e) le \_\_\_\_\_

Déclare\* :

1. Autoriser l'EHPAD Au Savel à utiliser à titre gracieux des photos prises dans le cadre des activités de l'établissement
2. Ne pas autoriser l'EHPAD Au Savel à utiliser à titre gracieux des photos prises dans le cadre des activités de l'établissement

Contes, le \_\_\_\_\_

Signature

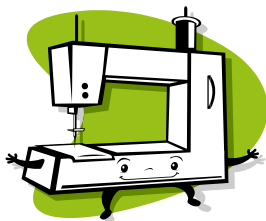
\*Rayer la mention inutile

ANNEXE N°5

# **ANNEXE N°06**

## **MARQUAGE DU LINGE DES RESIDENTS**

## ANNEXE 06



A l'attention des familles,

Le linge de votre proche doit être au **obligatoirement** marqué avant l'entrée dans l'établissement :

Représenté (par) : .....

.....

Par vos soins avec des étiquettes cousues et brodées **à la machine** (et non collées) au nom et prénom du résident, avec de préférence sur les étiquettes, par mesure de sécurité, le rajout des mentions suivantes :  
AU SAVEL 04 93 91 66 70.

Par l'établissement au tarif de 20 euros pour 50 étiquettes thermos collées.

Cette obligation concerne également **TOUS NOUVEAUX VETEMENTS** apportés au cours du séjour, nous vous demandons de marquer le linge comme il en convient et de le remettre aux aides-soignantes de l'étage concerné afin que le linge puisse être enregistré par le service blanchisserie.

Dans un souci d'amélioration, et afin d'éviter la perte redondante de vêtements, nous vous remercions d'avance pour votre coopération et votre compréhension.

Fait à..... Le.....

**Signature du représentant du Résident**

Avec la mention manuscrite « Je soussigné(e).....

Déclare avoir pris connaissance de la présente Annexe »