



Nom :

Prénom :

- ☐ Site de Pont Saint Esprit
- ☐ Site de Cornillon
- ☐ Site de Saint Paul les Fonts

DOSSIER DE PRE ADMISSION

- Secteur Médico-Social
Etablissements Hébergeant des
Personnes Agées Dépendantes
(E.H.P.A.D.)
- Hébergement temporaire
- Accueil de jour

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

LORSQU'IL SERA ADMIS PAR TOUS QUE LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ONT DROIT AU RESPECT ABSOLU DE LEURS LIBERTES D'ADULTE ET DE LEUR DIGNITÉ D'ÊTRE HUMAIN, CETTE CHARTE SERA APPLIQUÉE DANS SON ESPRIT.

Article I **CHOIX DE VIE**

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

Article II **DOMICILE ET ENVIRONNEMENT**

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

Article III **UNE VIE SOCIALE MALGRÉ LES HANDICAPS**

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

Article IV **PRESENCE ET RÔLE DES PROCHES**

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

Article V **PATRIMOINE ET REVENUS**

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

Article VI **VALORISATION DE L'ACTIVITÉ**

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

Article VII **LIBERTÉ DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE**

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

Article VIII **PRÉSERVER L'AUTONOMIE ET PREVENIR**

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

Article IX **DROIT AUX SOINS**

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

Article X **QUALIFICATION DES INTERVENANTS**

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

Article XI **RESPECT DE LA FIN DE VIE**

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

Article XII **LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR**

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

Article XIII **EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE**

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

Article XIV **L'INFORMATION, MEILLEUR MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION**

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



Dossier de pré admission

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions, au nom de l'ensemble des professionnels, d'avoir choisi pour votre entrée en EHPAD notre établissement gestionnaire de plusieurs structures.

Au delà des valeurs du Service Public auxquelles nous restons attachées, l'usager et son projet de vie individualisé sont nos premières préoccupations.

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce dossier et de nous le retourner complété rapidement, afin d'en écourter le délai d'instruction.

Ce dossier se compose des pièces suivantes :

I / Le Dossier National de demande d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Formulaire cerfa n° 14732*01

Pensez à faire des copies de ce dossier si vous faites une demande auprès d'autres établissements

2 / Des documents nécessaires à la finalisation de votre dossier dans notre établissement

Documents à compléter et à signer :

- 1) La fiche récapitulative des coordonnées familiales
- 2) La fiche "Paiement des frais de séjour" signée par le résident lui-même ou son représentant et (son ou ses) enfant(s) en trois exemplaires originaux par personne concernée
- 3) Le contrat de séjour paraphé et signé en deux exemplaires
- 4) Le règlement de fonctionnement paraphé et signé en deux exemplaires
- 5) La fiche "Autorisation du droit à l'image"
- 6) La fiche "Volontés de fin de vie"

- 7) La fiche "Libre choix du médecin traitant" et la Déclaration de choix du Médecin traitant »
- 8) La fiche "Réservation de chambre" (le cas échéant)
- 9) La fiche "Demande d'instruction d'un dossier d'aide sociale" (le cas échéant)
- 10) La fiche de ressources
- 11) La fiche « Désignation de la personne de confiance »
- 12) Le contrat de prélèvement automatique signé en deux exemplaires ainsi que le mandat de prélèvement (le cas échéant)
- 13) La fiche « Relevé des capitaux placés du foyer dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie »

Pièces à fournir au dossier:

- 1) Copie de l'attestation jointe à la carte vitale.
- 2) Photocopie de la carte de mutuelle (le cas échéant).
- 3) Photocopie du livret de famille ou à défaut de l'extrait d'acte de naissance
- 4) Dernier avis d'imposition ou de non imposition.
- 5) Relevés annuels des caisses de retraite qui servent à établir la déclaration d'impôt.
- 6) Relevé d'identité bancaire.
- 7) La notification de l'A.P.A à domicile (le cas échéant).
- 8) Le numéro d'allocataire CAF (si droit ouvert à domicile).
- 9) Photocopie de la notification de mise sous protection juridique, le cas échéant
- 10) Photocopie du dernier relevé de la taxe foncière.
- 11) Photocopie de l'attestation de responsabilité civile
- 12) Copie du contrat obsèques (le cas échéant)
- 13) Une photographie récente souhaitée
- 14) Copie de la Carte Nationale d'Identité, ou du Passeport, ou du Permis de Conduire, ou du Titre de Séjour
- 15) La fiche "Informations concernant une ALD" dûment complétée et signée par votre médecin traitant

Nous vous remercions encore pour la confiance que vous nous témoignez.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.



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



N° 14732*01

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D.312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

- UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
- UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERCANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.

CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :

- LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

NB : POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

DOSSIER ADMINISTRATIF ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance / /

Lieu de naissance Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email

SITUATION FAMILIALE

Célibataire ☐ Vit maritalement ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI ☐ NON ☐ En cours ☐
Si oui, laquelle : Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice ☐ Mandat de protection future ☐

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance / /

Lieu de naissance Pays ou département

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Adresse email

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI ☐ NON ☐

Si OUI :

NOM de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent ☐ Hébergement temporaire ☐
Accueil couple souhaité OUI ☐ NON ☐
Durée du séjour pour l'hébergement temporaire

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile ☐ Chez enfant/proche ☐ Logement foyer ☐ EHPAD ☐ Hôpital ☐ SSIAD/SAD¹ ☐ Accueil de jour ☐
Autre (précisez)

Dans tous les cas préciser le nom
de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI ☐ NON ☐

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI ☐ NON ☐

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être
recueilli ☐

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI ☐ NON ☐

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

Nom de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter²

Nom de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule ☐ Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers ☐

Aide sociale à l'hébergement OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Allocation logement (APL/ALS) OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI ☐ NON ☐ Demande en cours envisagée ☐

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI ☐ NON ☐

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : Immédiat ☐ Dans les 6 mois ☐ Echéance plus lointaine ☐

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : / /

Date de la demande : / /

Signature de la personne concernée ou
de son représentant légal

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

**Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.*

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur ☐ Madame ☐

NOM de naissance
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance / /

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement ☐ Fin/Retour d'hospitalisation ☐ Maintien à domicile difficile ☐
Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS OUI ☐ NON ☐ ALLERGIES OUI ☐ NON ☐ Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

NE SAIT PAS	OUI	NON
-------------------	-----	-----

OUI	NON
-----	-----

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES ☐ OUI ☐ NON RISQUE DE FAUSSE ROUTE REEDUCATION OUI ☐ NON ☐
Cécité ☐ ☐ OUI ☐ NON ☐ Kinésithérapie ☐ ☐
Surdité ☐ ☐ Orthophonie

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants (<i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i>)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (*si différent du médecin traitant*)

NOM

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Date / /

Signature

Cachet du
médecin



NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE _____

TEL : _____

☐

EHPAD

☐

Pont Saint Esprit

☐

Cornillon

☐

Saint Paul Les Fonts

A l'attention du Médecin Coordonnateur

ou de la Directrice des Soins

☐

HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Information sur le libre choix du médecin traitant

Madame, Monsieur,

A votre entrée en EHPAD sur l'un des sites de **PONT ST ESPRIT**, **VAL DE CEZE** OU **SAINT PAUL LES FONTS**,

il vous sera présenté une liste de médecins libéraux disponibles qui exercent au sein de notre établissement

et parmi lesquels vous pourrez choisir.

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 des soins**L'assuré(e)**Nom de famille (*de naissance*)
suivi du nom d'usage, s'il y a lieu

Prénom

N° de sécurité sociale

Le bénéficiaire des soinsNom de famille (*de naissance*)
suivi du nom d'usage, s'il y a lieu

Prénom

Date de naissance

Adresse de l'assuré(e)

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
N° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)	Nom
	Prénom
	Identifiant

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

Déclaration conjointe du bénéficiaire des soins et du médecin traitant

Le bénéficiaire (ou son représentant) 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 des soins (et/ou parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice)	Médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme,	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)	Signature

Déclaration signée le

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

S 3704b

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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Quelques conseils pour remplir votre "Déclaration de choix du Médecin Traitant"

Le médecin traitant déclaré c'est le médecin qui vous connaît le mieux et auquel vous vous adressez en priorité en cas de problème de santé. Son rôle est essentiel aussi pour vous aider à vous orienter vers d'autres professionnels en cas de nécessité.

Pour permettre la bonne coordination de vos soins, chaque assuré ou bénéficiaire des soins indique à sa caisse d'assurance maladie le nom du médecin qu'il souhaite choisir et déclarer comme médecin traitant. Ce choix doit être fait en accord avec ce médecin.

Le médecin traitant que vous allez choisir peut être un médecin généraliste ou, éventuellement, un autre spécialiste. Il peut exercer en ville, à l'hôpital ou dans un centre de santé.

En cas de changement de médecin traitant, il vous suffira de faire une nouvelle "Déclaration de choix du Médecin Traitant".

Comment faire connaître votre choix à votre caisse d'assurance maladie ?

A l'occasion d'une consultation, remplissez avec le médecin de votre choix ce formulaire.

► Dans la rubrique *"Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire des soins"* :

- si vous êtes l'assuré(e), écrivez, dans la zone *"L'assuré(e)"*, vos nom, prénom et numéro de sécurité sociale et dans la zone *"Le bénéficiaire des soins"*, votre date de naissance,
- si vous n'êtes pas l'assuré(e) - conjoint, concubin, personne liée à l'assuré(e) par un PACS, enfant mineur ou autre personne à charge, écrivez, dans la zone *"L'assuré(e)"*, les nom, prénom et numéro de sécurité sociale de la personne à laquelle vous êtes rattaché(e) et inscrivez, dans la zone *"Le bénéficiaire des soins"*, vos nom, prénom et date de naissance,
- indiquez l'adresse de l'assuré(e) dans la zone prévue à cet effet.

► Dans la rubrique *"Identification de la structure d'exercice et du médecin traitant"* :

le médecin appose son cachet ou écrit lisiblement ses nom, prénom et adresse et indique son numéro d'identification professionnel dans la grille prévue à cet effet.

Ensuite, vous complétez ensemble la rubrique *"Déclaration conjointe"* en écrivant votre nom et celui du médecin choisi.

IMPORTANT :

N'oubliez pas de **signer tous les deux** cette déclaration.

- Dans le cas où le bénéficiaire est un mineur non émancipé âgé de 16 à 18 ans, il doit signer cette déclaration ainsi qu'au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale en sa qualité de représentant légal.
- Dans le cas où le bénéficiaire est un mineur de moins de 16 ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale, en sa qualité de représentant légal, indique ses nom et prénom et signe cette déclaration.

Votre déclaration de choix du médecin traitant est terminée.

Après avoir vérifié que toutes les rubriques sont bien remplies, il ne vous reste plus qu'à l'adresser par courrier à votre caisse d'assurance maladie.

"Art L.162-5-3 – Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans et plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire..."

Informations concernant une Affection de Longue Durée

Je soussigné(e), Docteur certifie que

NOM :

Prénom :

Né(e) le : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Fait l'objet d'une prise en charge en ALD pour **l'une des 30 affections de longue durée** (voir liste au verso) :

☐ **Oui**

☐ **Non**

Si oui, préciser quelle(s) affection(s) en cochant sur la liste au verso

Fait le :

Cachet :

Signature :

LISTE DES AFFECTIONS DE LONGUE

DURÉE ÉXONÉRANTES

- ☐ Accident vasculaire cérébral invalidant.
- ☐ Aplasie médullaire et autres cytopénies chroniques
- ☐ Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques.
- ☐ Bilharziose compliquée.
- ☐ Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- ☐ Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses.
- ☐ Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le Virus de l'Immuno-déficience Humaine (VIH).
- ☐ Diabète de type 1 et diabète de type 2
- ☐ Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave.
- ☐ Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères.
- ☐ Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves.
- ☐ Hypertension artérielle sévère.
- ☐ Infarctus coronaire.
- ☐ Insuffisance respiratoire chronique grave.
- ☐ Maladie d'Alzheimer et autres démences.
- ☐ Maladie de Parkinson.
- ☐ Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé.
- ☐ Mucoviscidose.
- ☐ Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif.
- ☐ Paraplégie.
- ☐ Périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive.
- ☐ Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave.
- ☐ Affections psychiatriques de longue durée.
- ☐ Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives.
- ☐ Sclérose en plaques.
- ☐ Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne.
- ☐ Spondylarthrite ankylosante grave
- ☐ Suites de transplantation d'organe
- ☐ Tuberculose active, lèpre.
- ☐ Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.



**FORMULAIRE de DESIGNATION
d'une PERSONNE de CONFIANCE**
Article L.1111-6 du Code de la Santé Publique (figurant au verso)

Je soussigné(e) : Nom marital du résident..... Prénom :.....
Nom de jeune fille :.....
Né(e) : le..... à

Désigne comme personne de confiance pour ce séjour

Mr, Mme, Mlle : Nom marital..... Prénom :.....
Nom de jeune fille :.....
Adresse :.....
.....

Téléphone :.....
Portable :.....

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut pour toute la durée de ce séjour,
sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

Fait à Pont Saint Esprit, le.....

Signature du résident :

☐ Incapacité à désigner la personne de confiance

☐ Refus de désigner la personne de confiance

Cadre réservé à la personne de confiance :

Je certifie avoir été informé (e) et accepte d'être la personne de confiance de :

Mr, Mme, Mlle : Nom..... Prénom :.....

Fait à Pont Saint Esprit, le

Signature de la personne de confiance :

La personne de confiance

Dans le cadre de l'application de la loi de 2002 relative aux droits des patients, il vous sera demandé par le médecin, l'équipe soignante de désigner, en début de séjour, la personne de votre choix selon l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique :

- Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.
- Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.
- Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de protection juridique est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

VOLONTES DE FIN DE VIE

Madame, Monsieur,

Soucieux autant de la qualité de vie que de la fin de vie des résidents que nous accueillons, nous souhaitons vous offrir la possibilité de laisser trace de vos dernières volontés.

Sujet certes sensible à aborder mais sachez que vos proches vous seront reconnaissants de votre prévoyance, qui les aidera certainement à traverser des moments difficiles. Nous disposons d'ailleurs d'une équipe de psychologues à qui, vous même ou votre famille, pouvez faire appel pour un soutien.

Il n'est pas question de rédiger un testament, et les volontés que vous exprimerez n'auront aucunement de portée juridique.

Si, pour les derniers instants de votre vie, vous avez des souhaits particuliers, si vous avez des préférences culturelles ou religieuses à faire respecter, n'hésitez pas à formuler vos volontés, l'établissement s'engage moralement à soutenir votre démarche.

.....

.....

.....

.....

Tourner la page



Ce document facultatif peut être remis avant votre entrée dans l'établissement (dossier d'admission) ou au cours de votre séjour auprès du responsable du service, de l'assistante sociale ou de la psychologue.

Signature :



REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.)

Le présent document, annexé au Règlement Intérieur du centre hospitalier, définit les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement du secteur médico-social dénommé « Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes » dans le respect des droits et des libertés de chacun.

Il a été validé par le Conseil de Surveillance de l'établissement le 9 janvier 2015.

Il précise les éléments suivants :

PREAMBULE

Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et sociaux et annexe au contrat de séjour

I – DISPOSITIONS GENERALES

- 1.1 – Régime juridique de l'établissement
- 1.2 – Projet d'établissement – Projet de vie
- 1.3 – Personnes accueillies
- 1.4 – Admission
- 1.5 – Logement

II – CONDITIONS DE VIE

- 2.1 – Droits et obligations du résident
- 2.2 – Harmonie et bon fonctionnement de la vie collective
- 2.3 – Expression des résidents
 - 2.3.1 – Conseil de la vie sociale
 - 2.3.2 - Médiation
- 2.4 – Surveillance médicale et soins
 - 2.4.1 - Traitements médicamenteux
 - 2.4.2 – Médecin Coordonnateur
 - 2.4.3 – Médecin traitant
 - 2.4.4 – Permanence
 - 2.4.5 – Matériel médical
 - 2.4.6 – Limites de la prestation
- 2.5 – Vie collective
 - 2.5.1 – Repas
 - 2.5.2 – Courrier
 - 2.5.3 – Téléphone
 - 2.5-4 - Loisirs
 - 2.5.5 – Visites et relations avec la famille et les amis
- 2.6 – Hygiène de vie
- 2.7 – Sécurité
 - 2.7.1 – Sécurité générale
 - 2.7.2 – Sécurité incendie
 - 2.7.3 – Vols
- 2.8 – Accès à l'établissement – Stationnement

III – DUREE – MODIFICATIONS

PREAMBULE

LIBERTE D'ALLER ET VENIR DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX ET ANNEXE AU CONTRAT DE SEJOUR (Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médicosociaux pour personnes âgées)

La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable fondamental de la personne humaine. L'article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée (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.

L'annexe au contrat de séjour définit les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires 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.

L'établissement s'engage à privilégier les **réponses adaptées face aux risques identifiés pour l'intégrité physique et la sécurité de la personne hébergée.** Toutes les réponses apportées par l'établissement sont préventives.

L'annexe au contrat de séjour prévoit également les modalités relatives à sa durée, à sa révision et à son évaluation, et l'établissement s'engage à procéder à une évaluation continue de l'adaptation des mesures individuelles prévues.

Le contenu de l'annexe au contrat de séjour 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.

I – DISPOSITIONS GENERALES

1.1 – Régime juridique de l'établissement

Le centre hospitalier de Pont Saint Esprit est un Etablissement Public de Santé relevant de la Loi N° 2009 - 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et/ou de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Il répond aux normes d'attribution de l'allocation logement.

1.2 – Projet de Vie

Le projet de vie de l'établissement est avant tout un projet humain. Il est axé autour de :

- La qualité de l'accueil avec une prise en charge individualisée dès l'entrée du résident par un agent référent
- Le respect des droits et l'information du résident dans l'accompagnement dans sa vie quotidienne afin de répondre au mieux à ses besoins personnels et lui offrir un cadre de vie adapté. Pour cela l'équipe pluridisciplinaire fera une synthèse régulière sur son état de santé physique et psychique afin de mettre en place des projets d'amélioration. Le résident et son entourage seront informés et participeront à ces projets.
- L'accompagnement en fin de vie et la prise en charge de la douleur se feront dans le respect de la dignité du résident. Les liens familiaux et affectifs seront préservés.

1.3 – Personnes accueillies

L'établissement accueille des personnes seules ou des couples âgés d'au moins 60 ans. En priorité, les personnes accueillies sont originaires du canton. Dans la limite des places disponibles, l'EHPAD reçoit d'autres personnes âgées. Par dérogation délivrée par le Médecin Conseil du Conseil Général, des personnes de moins de 60 ans peuvent être néanmoins accueillies.

1.4 – Admission

Toute personne qui envisage son admission au sein de l'établissement peut demander à en faire une visite préalable, sur rendez-vous.

En vue de l'admission sera remis le dossier constitué des pièces suivantes :

A/ Le Dossier National de demande d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Formulaire cerfa n° 14732*01

B / Des documents nécessaires à la finalisation de votre dossier dans notre établissement

- Des documents à compléter et à signer :

- La fiche récapitulative des coordonnées familiales
- La fiche "Paiement des frais de séjour" signée par le résident lui-même ou son représentant et (son ou ses) enfant(s) en trois exemplaires originaux par personne concernée
- Le contrat de séjour paraphé et signé en deux exemplaires
- Le présent règlement de fonctionnement paraphé et signé en deux exemplaires
- La fiche "Autorisation du droit à l'image"
- La fiche "Volontés de fin de vie"
- La fiche "Libre choix du médecin traitant"
- La fiche "Déclaration de médecin traitant"
- La fiche "Réservation de chambre" (le cas échéant)
- La fiche "Demande d'instruction d'un dossier d'aide sociale" (le cas échéant)
- La fiche "Ressources"
- La fiche "Désignation de la personne de confiance"
- La fiche "Informations concernant une ALD" dûment complétée et signée par votre médecin traitant
- Le contrat de prélèvement automatique signé en deux exemplaires ainsi que le mandat de prélèvement (le cas échéant)

- la fiche « Relevé des capitaux placés du foyer dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie »

- *Des pièces à fournir au dossier :*

- Une copie de l'attestation jointe à la carte vitale.
- Une photocopie de la carte de mutuelle (le cas échéant).
- Une photocopie du livret de famille comportant l'ensemble de la filiation, ou à défaut de l'extrait d'acte de naissance
- Une copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition.
- Les relevés annuels des caisses de retraite qui servent à établir la déclaration d'impôt.
- Un relevé d'identité bancaire.
- La notification de l'A.P.A à domicile (le cas échéant).
- Le numéro d'allocataire CAF (si droits ouverts à domicile).
- Une photocopie de la notification de mise sous protection juridique (le cas échéant)
- Une photocopie du dernier relevé de la taxe foncière.
- Une photocopie de l'attestation de responsabilité civile (à renouveler tous les ans)
- Une copie du contrat obsèques (le cas échéant)
- Une photographie récente souhaitée
- Une copie de la Carte Nationale d'Identité, ou du Passeport, ou du Permis de Conduire, ou du Titre de Séjour.

L'admission est prononcée par le Directeur après examen et validation du dossier complet par la commission d'admission de l'établissement.

L'admission se fait sur demande de la personne ou de son entourage. L'évaluation personnalisée de l'autonomie est faite dans les premiers jours du séjour sur la base de la méthodologie réglementaire (AGGIR) par le médecin coordonnateur et l'équipe soignante.

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

Le résident dispose d'une période d'essai de trente jours. En cas de sortie définitive, après la période d'essai, le résident doit respecter un préavis de 15 jours fermes.

8 jours avant l'entrée : remettre le trousseau demandé pour réaliser le **marquage du linge**.

48 heures avant l'entrée : transmettre **la dernière ordonnance** rédigée par votre médecin traitant, ainsi que les éventuelles ordonnances de médecins spécialistes (cardiologue, ophtalmologue, etc.) pour nous permettre d'assurer la **continuité de la prise en charge médicamenteuse**.

Le jour de l'admission, le résident ou son entourage doit transmettre la fiche de liaison inter-établissement lorsqu'elle existe.

Traitement du linge personnel

Le marquage du linge personnel doit être systématique pour éviter toutes pertes, il est assuré par le personnel de la blanchisserie de l'établissement, du lundi au vendredi de 8h à 16h.

Le renouvellement des effets personnels du résident reste à la charge de sa famille ou de son représentant légal.

Pour des raisons de traitement, éviter les vêtements fragiles, proscrits au lavage industriel (laine, soie, rhovyl, "Damart", etc.).

1.5 – Le logement

La chambre est meublée par l'établissement. Il est néanmoins possible et conseillé de la personnaliser d'une manière compatible avec l'état de santé, la superficie affectée et la sécurité, tant pour le résident que le personnel et les visiteurs accueillis.

Lorsque l'exécution de travaux nécessite l'immobilisation temporaire des lieux, le directeur en informe chaque résident concerné ainsi que sa famille, qui ne peut s'y opposer. Il s'engage dans ce cas à reloger la personne âgée pendant la durée des travaux dans les conditions qui répondent à ses besoins.

Pour des raisons de santé, dépendance, sécurité ou raisons de service, il pourra être procédé à un changement de chambre.

Appareils électriques

Pour des raisons de sécurité, le résident ou sa famille doit obtenir une **autorisation pour l'utilisation de tout appareil nécessitant le branchement au système électrique de l'établissement**. Cette autorisation est donnée par les services techniques de l'établissement (état de vétusté, présence obligatoire de la notice)

Etat des lieux

Un état des lieux contradictoire sera réalisé avant l'entrée du résident, et lors de la libération de la chambre. **Toute dégradation avérée entraînera une facturation des frais de remise en état au résident, ou à ses proches.**

II – CONDITIONS DE VIE

2.1 – Droits et obligations du résident

L'accueil et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte Nationale des Personnes Agées Dépendantes. Celle-ci est portée à la connaissance du résident lors de son entrée et fait l'objet d'un affichage dans les différentes unités.

Le résident est une personne qui a droit au respect de ses libertés fondamentales qui s'exprime dans le respect réciproque :

- Des salariés
- Des intervenants extérieurs
- Des autres résidents

Ses libertés et droits fondamentaux sont les suivants :

- Respect de la vie privée
- Liberté d'opinion
- Liberté de culte
- Droit à l'information
- Liberté de circulation (sauf contre-indication médicale)
- Droit aux visites

- **Droit de ne pas souffrir** : une concertation est mise en place entre les professionnels, le résident et sa famille afin d'améliorer la prise en charge de la douleur (aigue, chronique, physique, morale) selon les recommandations de bonnes pratiques.
- **Prévention 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.

2.2 – Harmonie et bon fonctionnement de la vie collective

Le respect des libertés et des droits individuels doit être compatible avec les règles de la vie en collectivité :

- La liberté d'aller et venir est une règle fondamentale dans l'établissement. Cependant, dans un souci d'organisation et de sécurité, toute absence devra être signalée préalablement au service.
- Les visiteurs sont les bienvenus de 10 à 20 Heures. En dehors de ces horaires, l'infirmière du service doit être informée et les visiteurs ne doivent pas troubler la sérénité des lieux ni en gêner le fonctionnement.
- L'abus d'alcool est proscrit.
- Conformément au décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, il est interdit de fumer dans l'établissement, à l'exception de la chambre du résident, considérée comme espace privatif. Cependant dans une chambre à plusieurs lits, cette autorisation ne pourra être accordée dès lors qu'un des occupants est non consommateur de tabac.

Il est strictement interdit de fumer dans le lit.

En conformité avec la réglementation, pour le confort et la sécurité de tous, **il est strictement interdit de fumer dans les chambres équipées de fluides médicaux.**

- L'utilisation d'appareil personnel de radio, de télévision ou de tout autre système phonique se fera avec discrétion. En cas de difficultés auditives, le port d'écouteurs sera demandé.

- Les journalistes, photographes, démarcheurs et représentants ne peuvent rendre visite aux résidents sans l'avis préalable du directeur. Il en va de même pour les bénévoles extérieurs, qu'ils appartiennent ou non à une association.
- En règle générale, les animaux sont difficilement acceptés car ils peuvent occasionner une gêne importante. En tout état de cause, la visite d'animaux est conditionnée à l'autorisation préalable du Directeur.

2.3 – Expression des Résidents

2.3.1 – Conseil de la vie sociale

Conformément à l'article L 311.6 du Code de l'Action Sociale et des Familles, il est créé un Conseil de la Vie Sociale, instance d'expression et d'information des résidents et de leurs familles.

Il s'agit d'une instance consultative qui s'intéresse sur toutes les questions relatives à la vie au sein de l'établissement. Il est composé de représentants élus ou désignés.

- Des résidents
- Des familles
- Des personnels
- De la direction

Leurs noms sont portés à la connaissance des résidents par voie d'affichage.

Le conseil de la vie sociale se réunit régulièrement.

2.3.2 – Médiation

En cas de litige ou désaccord, l'établissement, le résident, sa famille ou son représentant légal s'il en existe, s'efforceront de trouver une solution amiable par le biais de la Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) de l'établissement.

2.4 – Surveillance médicale et soins

2.4.1 - Traitements médicamenteux

Les traitements médicamenteux sont délivrés par la pharmacie de l'établissement, et sont adaptés aux besoins du résident.

Les familles et les proches ne sont pas autorisés à fournir des traitements médicamenteux aux résidents.

En cas de non-respect, les familles et les proches encourent les sanctions prévues à l'article L 4161-5 du Code de la Santé Publique.

2.4.2 – Médecin Coordonnateur

L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur conformément au décret N° 2005-560 du 27 mai 2005, qui a en charge :

- L'élaboration et la mise en œuvre des projets de soins et de vie, en collaboration avec les équipes soignantes
- L'organisation de la permanence des soins
- La coordination des prestataires de soins externes à l'établissement : médicaux et paramédicaux
- L'évaluation des soins

2.4.3 – Médecin traitant

Les résidents disposent du libre choix du médecin traitant parmi les médecins s'étant engagé à respecter le règlement intérieur. Le médecin traitant tient à jour le dossier médical du résident et prescrit le traitement dans le cadre de la liste limitative des médicaments arrêtée par la commission du médicament. Les médicaments sont délivrés par la pharmacie intérieure.

2.4.4 - Permanence

L'établissement assure une permanence 24 H / 24 H de personnels paramédicaux.

La permanence médicale est assurée par le médecin traitant ou le médecin d'astreinte.

2.4.5 – Matériel médical

La mise à disposition et l'entretien de matériel médical sont, sauf exception qui vous sera alors confirmée officiellement, de la responsabilité de l'établissement qui en assure par ailleurs le financement.

Nous vous demandons de nous signaler, lors de la constitution de votre dossier, les contrats de location que vous avez engagés auprès de prestataires en matériel médical. Les contrats de location doivent être arrêtés à la date d'entrée dans l'établissement. Par ailleurs, toute initiative individuelle non autorisée par l'établissement auprès d'un prestataire en matériel médical fera l'objet d'une refacturation au résident correspondant au montant engagé. En cas de récidive, la direction de l'établissement se réserve le droit de résilier le contrat de séjour.

2.4.6 – Limites de la prestation

Les prestations médicales mentionnées ci-après ne sont pas comprises dans les différents tarifs et demeurent à la charge des résidents :

- Les honoraires des médecins spécialistes
- Les soins de conservation et de prothèse dentaires
- Les examens et investigations par scanner et IRM
- Les transports sanitaires

2.5 – Vie Collective

La vie collective impose le respect des règles générales d'organisation.

2.5.1 Repas

Les repas sont servis en salle à manger ou en chambre si l'état de santé de la personne âgée le justifie. A titre indicatif, les horaires sont :

- petit déjeuner : à partir de 7 H30 ou 8 H selon les unités
- déjeuner : 12 H
- dîner : 19 H

Le goûter est servi vers 15 H 30.

Toute absence à l'un des repas doit être signalée la veille à l'infirmière.

L'invitation à déjeuner ou à dîner de parents ou d'amis est possible. Dans ce cas, un ticket repas visiteur doit être remis au plus tard 72 heures avant à l'infirmière du service. Les tickets sont en vente au Bureau des Admissions. Le prix du repas est fixé annuellement.

2.5.2 Courrier

Quotidiennement le courrier est distribué individuellement

Un départ courrier est organisé dans chaque service. Les résidents peuvent y déposer leur courrier.

2.5.3 – Téléphone

Chaque résident a la possibilité de demander l'installation d'un poste téléphonique dans sa chambre ; se renseigner auprès de l'accueil.

2.5.4 – Loisirs

Un service d'animation propose des activités programmées à la semaine.

2.5.5 – Visites et relations avec la famille

La présence de la famille et des amis, le plus souvent possible est une condition fondamentale de la qualité du séjour. Pendant toute la durée de celui-ci, l'information et la communication entre la famille et l'établissement doivent être maintenues y compris pendant les périodes d'hospitalisation éventuelles. Dans ce cas, la famille est invitée à préparer avec l'établissement le retour du parent dans la structure.

Cependant, le comportement de la famille et des proches ne doit pas perturber le fonctionnement de l'institution.

En cas de comportement inadapté, la Direction de l'établissement prendra toute décision adéquate, pouvant aller jusqu'à l'exclusion définitive.

2.6 – *Hygiène de vie*

Une diététicienne intervient dans l'établissement et propose des menus les plus équilibrés possibles et adaptés aux résidents.

Une commission des menus se réunit régulièrement afin de prendre connaissance des différentes remarques et souhaits des résidents et des personnels affectés à cette prestation. Cette commission a pour objectif de proposer toutes les améliorations

possibles concernant la prestation repas. Les régimes alimentaires médicalement prescrits sont pris en compte.

Les denrées périssables, susceptibles d'être entreposées dans le logement du résident feront l'objet d'une surveillance par la personne âgée, ses proches ou le personnel.

Une hygiène corporelle satisfaisante pour le résident et son entourage sera adoptée.

2.7 – Sécurité

2.7.1 – Sécurité générale

L'établissement met en œuvre les moyens de garantir la plus grande sécurité aux résidents eux-mêmes dans la limite de leur liberté, aux biens qu'ils possèdent et à ceux que possède l'établissement. Toutefois, l'établissement ne peut être tenu pour responsable des faits commis par des personnes autres que le personnel ou provoqués par des catastrophes naturelles.

L'utilisation d'appareillage ne doit pas être détournée de son objet.

Tout dysfonctionnement matériel doit être signalé sans qu'il soit opéré de manipulation préalable en dehors de celle qui permettrait une sauvegarde des personnes ou des biens.

Toute personne qui constate un fait portant atteinte à une personne ou à un bien doit en informer, selon la gravité, le personnel de service ou la direction pour que des mesures adaptées soient prises.

2.7.2 – Sécurité incendie

Le règlement applicable à l'établissement en matière de sécurité incendie est celui du type défini par l'autorité ayant accordé le droit d'ouverture à l'établissement. Celui-ci fait l'objet d'affichage dans les services et s'impose à tous les résidents, au personnel et aux visiteurs.

Les locaux sont équipés de détecteurs d'incendie et de dispositifs de sécurité appropriés. Des exercices et formations contre l'incendie sont régulièrement organisés.

2.7.3 – Vols

Du fait du libre accès aux visites dans l'établissement, la direction n'est pas responsable des vols commis dans les chambres ou dans les voitures stationnées sur le parking.

Il est fortement recommandé de ne pas conserver d'objets précieux ou d'argent dans les chambres.

2.8 – Accès à l'établissement – Stationnement

L'accès à l'établissement est réservé aux usagers, au personnel, aux prestataires des services et aux fournisseurs.

Le stationnement des véhicules se fait dans l'enceinte de l'établissement sur les parkings prévus à cet effet et dans le respect des places réservées aux personnels médicaux et paramédicaux ainsi qu'aux personnes handicapées.

Les taxis et ambulances peuvent s'avancer jusqu'aux accès de l'établissement.

III – DUREE – MODIFICATIONS

Le règlement de fonctionnement a une durée illimitée. Il peut être révisé par le Directeur de l'Etablissement.

Toute modification sera portée à la connaissance des résidents.

---===oOo===---

Je soussigné(e),

M.....Résident

ou M.....représentant légal de

M.....Résident

Déclare avoir pris connaissance du présent règlement de fonctionnement.

Le.....Signature.....

CONTRAT DE SEJOUR

Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.)

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

Les particuliers appelés à souscrire un contrat de séjour sont invités à en **prendre connaissance avec la plus grande attention**. Ils peuvent, lors de la signature, se faire accompagner de la personne de leur choix et font connaître à l'établissement le nom et les coordonnées de la **personne de confiance** au sens de l'article L1111-6 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.

Les conflits nés de l'application des termes du contrat sont, en l'absence de procédure amiable, ou lorsqu'elle a échoué, portés selon les cas devant les tribunaux de l'ordre judiciaire ou administratif, compétents.

Le contrat de séjour est conclu entre :

D'une part,

L'E.H.P.A.D. du centre hospitalier de PONT SAINT ESPRIT,
dénommé ci-après **l'établissement**, représenté par son Directeur,

Et d'autre part,

Mme ou Mr

.....

Dénommé(e) **le résident**, dans le présent document

Le cas échéant, représenté(e) par Mr ou Mme (indiquer nom, prénom,
éventuellement lien de parenté, ou personne de confiance)

.....
.....

Dénommé(e) le représentant légal (*en cas de sauvegarde de justice, de curatelle
ou de tutelle, joindre photocopie du jugement*)

Il est convenu comme suit :

Le présent contrat est à durée indéterminée à compter du : / /

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

Le résident dispose d'une période d'essai de trente jours. En cas de sortie définitive, après la période d'essai, le résident doit respecter un préavis de 15 jours fermes.

La personne est-elle informée de son admission ? OUI ☐	NON ☐
---	------------------------------

A-t-elle donné son accord ?	OUI ☐	NON ☐
-----------------------------	------------------------------	------------------------------

1. CONDITIONS D'ADMISSION

L'établissement, soumis à la loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002, **accueille des personnes seules et des couples âgés d'au moins soixante ans** (une dérogation d'âge est nécessaire pour les personnes âgées de moins de soixante ans), **dont l'état de santé est compatible avec le niveau de prise en charge de la structure.**

Son habilitation à recevoir des bénéficiaires de **l'aide sociale** (*voir paragraphe 4.2*) lui permet d'accueillir les personnes qui en font la demande et qui remplissent les conditions d'admission pour obtenir cette aide.

Les personnes hébergées peuvent faire une demande **d'allocation personnalisée d'autonomie** (*voir paragraphe 4.3*) pour couvrir une partie des frais des tarifs journaliers « dépendance ».

L'établissement répond aux normes pour l'attribution de **l'allocation logement** (*voir paragraphe 4.1*), permettant aux résidents qui remplissent les conditions nécessaires d'en bénéficier.

L'admission est prononcée par le Directeur, **après examen et validation du dossier complet par la commission d'admission de l'établissement.**

1.1 LE DOSSIER

Il se compose des pièces suivantes :

A/ Le Dossier National de demande d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Formulaire cerfa n° 14732*01

B / Des documents nécessaires à la finalisation de votre dossier dans notre établissement

- Des documents à compléter et à signer :

- La fiche récapitulative des coordonnées familiales
- La fiche "Paiement des frais de séjour" signée par le résident lui-même ou son représentant et (son ou ses) enfant(s) en trois exemplaires originaux par personne concernée
- Le présent contrat de séjour paraphé et signé en deux exemplaires
- Le règlement de fonctionnement paraphé et signé en deux exemplaires
- La fiche "Autorisation du droit à l'image"
- La fiche "Volontés de fin de vie"
- La fiche "Libre choix du médecin traitant"
- La fiche "Déclaration de médecin traitant"
- La fiche "Réservation de chambre" (le cas échéant)
- La fiche "Demande d'instruction d'un dossier d'aide sociale" (le cas échéant)
- La fiche "Ressources"
- La fiche "Désignation de la personne de confiance"
- La fiche "Informations concernant une ALD" dûment complétée et signée par votre médecin traitant.
- Le contrat de prélèvement automatique signé en deux exemplaires ainsi que le mandat de prélèvement (le cas échéant)
- La fiche « Relevé des capitaux placés du foyer dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie »

- Des pièces à fournir au dossier:

- Une copie de l'attestation jointe à la carte vitale.
- Une photocopie de la carte de mutuelle (le cas échéant).
- Une photocopie du livret de famille comportant l'ensemble de la filiation, ou à défaut de l'extrait d'acte de naissance
- Une copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition.
- Les relevés annuels des caisses de retraite qui servent à établir la déclaration d'impôt.
- Un relevé d'identité bancaire.
- La notification de l'A.P.A à domicile (le cas échéant).
- Le numéro d'allocataire CAF (si droits ouverts à domicile).
- Une photocopie de la notification de mise sous protection juridique (le cas échéant)
- Une photocopie du dernier relevé de la taxe foncière.
- Une photocopie de l'attestation de responsabilité civile (à renouveler tous les ans)
- Une copie du contrat obsèques (le cas échéant)
- Une photographie récente souhaitée
- Une copie de la Carte Nationale d'Identité, ou du Passeport, ou du Permis de Conduire, ou du Titre de Séjour

1.2 MODALITES PRATIQUES

8 jours avant l'entrée : remettre le trousseau demandé pour réaliser le **marquage du linge**.

48 heures avant l'entrée : transmettre **la dernière ordonnance** rédigée par votre médecin traitant, ainsi que les éventuelles ordonnances de médecins spécialistes (cardiologue, ophtalmologue, etc.) pour nous permettre d'assurer la **continuité de la prise en charge médicamenteuse**.

Les prothèses dentaires mobiles seront gravées à l'initiative de la famille au nom du résident, ainsi que les lunettes et les prothèses auditives.

Les entrées ont lieu l'après-midi, entre 14H30 et 16H30.

2. LES PRESTATIONS

2.1 LES PRESTATIONS MEDICALES

Les traitements médicamenteux sont délivrés par la pharmacie de l'établissement, et sont adaptés aux besoins du résident.

Les familles et les proches ne sont pas autorisés à fournir des traitements médicamenteux aux résidents.

En cas de non respect, les familles et les proches encourent les sanctions prévues à l'article L 4161-5 du Code de la Santé Publique.

Le médecin coordonnateur est responsable de l'organisation des soins et à ce titre l'interlocuteur privilégié des résidents et de leur famille.

La surveillance médicale est assurée par un médecin choisi librement par le résident, parmi les médecins ayant contractualisé avec l'établissement.

La surveillance médicale consiste notamment :

- A établir un bilan de santé de tout résident entrant.
- A visiter, sur appel de l'infirmière de jour ou de nuit, le résident dont l'état de santé le nécessite.
- A décider si l'affection du résident peut être soignée sur place ou nécessite au contraire, soit une hospitalisation, soit la recherche d'un établissement mieux équipé. Cependant la décision de transfert est prise en fonction de l'urgence et en concertation avec les différentes parties.

- A prescrire tout traitement nécessité par l'état de santé du résident, dans la limite de la liste figurant sur le livret thérapeutique.
- A tenir à jour le dossier patient.
- A décider d'un changement de chambre ou de service, pour raison médicale.

Sur leur demande et sur prescription médicale, les résidents peuvent avoir accès aux différents médecins spécialistes.

L'établissement perçoit un forfait soins annuel qui couvre les dépenses de soins **à l'exception** :

- Des honoraires des médecins spécialistes
- Des soins de conservation et de prothèse dentaires
- Des examens et investigations par scanner ou IRM
- Des transports sanitaires

qui demeurent à la charge du résident. Les remboursements de ces frais se feront selon les modalités habituelles à chaque assuré.

2.2 LES PRESTATIONS D'HEBERGEMENT

a) Le logement

L'établissement est constitué de :

- Chambres individuelles,
- Chambres à 2 lits

Toutes les chambres sont équipées d'une salle de bain.

La chambre attribuée à l'entrée du résident, est équipée du mobilier suivant :

- 1 lit
- 1 table
- 1 chevet
- 1 chaise
- 1 fauteuil
- 1 armoire ou un placard mural
- 1 télévision

Toutes les chambres disposent d'un accès Wifi.

Un **état des lieux contradictoire** sera réalisé avant l'entrée du résident, et lors de la libération de la chambre. **Toute dégradation avérée entraînera une facturation des frais de remise en état au résident, ou à ses proches.**

Il est possible de personnaliser la chambre en respectant l'environnement.

Conformément aux dispositions du Règlement Intérieur, il pourra être procédé à un changement de chambre, en cas de nécessité.

b) La restauration

Les petits déjeuners sont servis en chambre ou en salle à manger.

Les repas du midi et du soir sont pris en salle en manger.

A titre indicatif, les horaires des repas sont :

- Petit déjeuner : à partir de 7h30 ou 8h00, selon les services
- Déjeuner : 12h
- Dîner : 19h

Les régimes alimentaires sont adaptés selon les prescriptions médicales et sont pris en compte dans le respect des choix et du consentement du résident.

Les visiteurs ont la possibilité de prendre des repas sur place. A cet effet, un ticket repas pourra être acheté au bureau des entrées. Pour des raisons d'organisation, il vous est demandé de prévenir 72 heures à l'avance.

c) Le linge et son entretien

Le linge hôtelier et le linge de toilette sont fournis et entretenus par l'établissement.

Le linge personnel est fourni par le résident ou ses proches, et la blanchisserie de l'établissement peut en assurer le traitement, sans supplément de prix ; dans ce cas, **veuillez éviter les vêtements fragiles, proscrits au lavage industriel** (laine, soie, rhovyl, "Damart", etc.).

Le marquage du linge personnel doit être systématique pour éviter toutes pertes, il est assuré par le personnel de la blanchisserie de l'établissement, du lundi au vendredi de 8h à 16h (voir paragraphe 1.2 modalités pratiques).

L'établissement ne serait être tenu pour responsable des pertes de linge non marqué.

Le **renouvellement des effets personnels du résident reste à la charge de sa famille ou de son représentant légal**. Le marquage du linge est renouvelé suivant le cahier de traçabilité mis en place dans le service.

Il est impératif de s'adresser aux agents du service pour tout vêtement complémentaire en cours de séjour.

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter la responsable de la Blanchisserie au 04.66.33.40.43.

d) Autres prestations

Comprises dans le tarif hébergement :

Le service Animation

Ce service propose diverses activités à l'ensemble des résidents de la structure, quel que soit le degré de dépendance.

Une programmation d'activités élaborée par l'équipe du service annonce les animations individuelles et collectives qui sont proposées :

- en service
- en chambre
- dans les locaux d'animation
- extra-muros : les résidents peuvent être transportés par un véhicule de l'établissement dans le cadre de sorties (restaurant, visite musée, spectacle,...).

Le service Coiffure / Esthétique

Le résident bénéficie d'une prestation de coiffure par mois.

Cette prestation permet de revaloriser l'image de la personne âgée et de contribuer à son bien-être physique et moral. Le salon de coiffure demeure par ailleurs un lieu de rencontre privilégié.

A la charge du résident :

- Les couleurs et les permanentes, sur rendez-vous
- La prestation pédicure.
- Supplément "grande chambre"
- Supplément "réfrigérateur"

3. COÛT DU SEJOUR

L'établissement a signé le 10 avril 2017 une Convention d'Aide Sociale avec le Département du Gard, telle que définie dans l'article L.342-3-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Cette convention fixe les règles de tarification du prix de journée relatif à l'hébergement :

- Le prix de journée relatif à l'hébergement est fixé annuellement par le Directeur du centre hospitalier pour les résidents admis à titre payant.
- Le prix de journée relatif à l'hébergement pour les résidents admis à l'aide sociale départementale est fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil Départemental du Gard.
- Les tarifs hébergement appliqués, y compris ceux afférents à l'aide sociale départementale, seront revalorisés annuellement par arrêtés des ministres en charge des personnes âgées et de l'économie, selon la formule fixée à l'annexe 2-3-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, conformément aux dispositions du dernier alinéa de l'article L.342-3-1 dudit code.

Les tarifs relatifs à la dépendance sont fixés annuellement par arrêté du Président du Conseil Départemental du Gard.

Les informations relatives au prix de journée sont disponibles au Bureau des Admissions.

La juridiction compétente pour connaître des recours est le Tribunal interrégional de tarification sanitaire et sociale de Bordeaux.

Le coût du séjour est facturé mensuellement au vue d'un titre de recette, dont l'encaissement est effectué par le receveur du Trésor Public, comptable de l'établissement.

Le règlement du séjour peut être réalisé par prélèvement automatique ; pour ce faire vous devez remplir le contrat de prélèvement automatique figurant dans le dossier de préadmission.

3.1 HEBERGEMENT

3.1.1 LES PRESTATIONS COMPRISES DANS LE PRIX DE JOURNEE HEBERGEMENT

Celles-ci sont conformes au socle de prestations défini par le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 (annexe 2-3-1 du code de l'action sociale et des familles) :

I. Prestations d'administration générale :

1° Gestion administrative de l'ensemble du séjour :

- tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;

-état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement

-tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement

2° Elaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants

3° Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun.

II. Prestations d'accueil hôtelier :

1° Mise à disposition de la chambre (individuelle ou double) et des locaux collectifs

2 Accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes

3° Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement

4° Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD

5° Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour

6° Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs

7° Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;

8° Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre

9° Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans toute ou partie de l'établissement.

III. Prestation de restauration :

1° Accès à un service de restauration

2° Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.

IV. Prestation de blanchissage :

Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.

V. Prestation d'animation de la vie sociale :

1° Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ;

2° Organisation des activités extérieures.

3.1.2 LES PRESTATIONS NON COMPRISES DANS LE PRIX DE JOURNEE HEBERGEMENT

Les prestations supplémentaires ont un tarif arrêté annuellement par le Directeur du centre hospitalier (tarif disponible au bureau des admissions), que vous devrez acquitter dans le cadre de la facturation mensuelle de votre séjour.

Il s'agit de :

- Certaines prestations de coiffure (couleurs, permanentes, sur rendez-vous)
- La mise à disposition d'une "grande chambre" (30m²)
- La mise à disposition d'un réfrigérateur dans la chambre

3.2 DEPENDANCE

Le tarif « Dépendance » couvre les dépenses directement liées à l'état de la dépendance de la personne âgée (y compris le matériel d'incontinence).

Le niveau de dépendance de la personne âgée est mesuré à l'aide de la grille AGGIR (6 groupes), au début du séjour du résident, puis deux fois par an.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) couvre une partie du prix de journée de la dépendance diminuée du ticket modérateur (tarif du GIR 5-6).

Cette prise en charge débute dès réception du dossier complet déposé auprès du Conseil Départemental de votre département de résidence.

De ce fait, la période transitoire reste à votre charge. Il est vivement conseillé de déposer tous les documents nécessaires avant votre admission.

3.3 ABSENCE POUR CONVENANCE PERSONNELLE OU HOSPITALISATION

Lorsque le résident s'absente pour convenance personnelle ou dans le cadre d'une hospitalisation, le prix de journée hébergement est facturé dans sa totalité les 3 premiers jours, diminué ensuite du forfait hospitalier en vigueur. Dans ces conditions, sa place dans l'établissement lui est réservée.

L'établissement ne facture plus le ticket modérateur dépendance dès le premier jour d'absence.

Si le résident ne souhaite pas bénéficier de cette réservation, il lui appartient de signer l'attestation de «fin de réservation », disponible au bureau des admissions, pour prononcer la sortie et libérer la chambre.

4. LES AIDES FINANCIERES AUX FRAIS DE SEJOUR

4.1 ALLOCATION LOGEMENT

Le résident peut solliciter une allocation logement à caractère social, dont le montant dépendra de ses propres ressources.

Le dossier pourra être constitué auprès du service social.

4.2 AIDE SOCIALE

Le résident peut solliciter l'Aide Sociale, s'il estime qu'il ne pourra pas faire face seul ou avec l'aide de ses enfants, aux frais de séjour.

Une enquête sur les possibilités contributives des obligés alimentaires (enfants, petits-enfants) sera diligentée par les mairies, et la commission cantonale d'aide sociale statuera sur la demande.

Pour ce faire, un dossier devra être constitué par le résident ou sa famille auprès du service social, comprenant entre autres :

- un engagement écrit du résident ou de son représentant à reverser, chaque mois, 90 % des pensions au comptable de l'établissement (Trésor Public).
- Une procuration au Trésorier du centre hospitalier pour qu'il puisse percevoir les pensions, dans le cas de l'acceptation du dossier par le Conseil Départemental

La somme minimale dont doit disposer mensuellement le résident admis au titre de l'Aide Sociale est égale à 1/100ème du montant annuel des prestations minimales de vieillesse.

4.3 ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (A.P.A)

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est une prestation qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2002 en remplacement de la Prestation Spécifique Dépendance.

Cette nouvelle allocation est **accessible aux personnes âgées de plus de 60 ans**. Elle permet de prendre en charge une partie du forfait dépendance.

Le dossier pourra être constitué auprès du Bureau des Entrées en lien avec le service social de l'établissement au moment de l'entrée.

Après étude du dossier, le Conseil Départemental notifie la décision d'attribution de l'A.P.A. au demandeur avec le montant et la durée du versement.

La décision déterminant le montant de l'A.P.A. fait l'objet d'une révision périodique.

L'A.P.A. devra être versée directement à l'établissement et viendra en déduction du prix de journée « dépendance ».

5. RESILIATION DU CONTRAT DE SEJOUR

5.1 A L'INITIATIVE DU RESIDENT

Le résident peut résilier le présent contrat pour un retour à domicile ou pour un changement d'établissement.

La demande de résiliation doit être formulée par écrit au Directeur de l'établissement, avec un préavis de 15 jours ferme.

Pour valider la sortie effective du résident, le bulletin de sortie devra être signé par le Directeur du centre hospitalier et la personne quittant l'établissement.

5.2 A L'INITIATIVE DE L'ETABLISSEMENT

5.2.1 MOTIFS GENERAUX DE RESILIATION

L'établissement se réserve le droit de résilier le présent contrat :

- En cas d'inexécution par la personne hébergée d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, sauf lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne hébergée ;
- Dans le cas où la personne hébergée cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement, lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans cet établissement, après que le gestionnaire s'est assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée.

5.2.2 MODALITES PARTICULIERES DE RESILIATION

5.2.2.1 En cas de non-respect du règlement de fonctionnement ou du présent contrat

Le Directeur invite le résident et/ou son représentant légal à un entretien, par notification écrite.

Lors de l'entretien, le résident peut être accompagné par sa personne de confiance, ou d'une autre personne de son choix.

Le Directeur rappelle au résident les manquements au règlement de fonctionnement ou au présent contrat et lui explique que si dans un délai de 15 jours la situation n'a pas évolué, le contrat sera résilié.

Une notification écrite sera transmise par lettre recommandée avec accusé de réception. La chambre est libérée dans un délai de trente jours après notification de la décision.

5.2.2.2 En cas d'inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil

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

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

5.2.2.3 Résiliation pour défaut de paiement

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

Tout retard de paiement supérieur ou égal à 30 jours après la date d'échéance pourra faire l'objet d'un entretien personnalisé entre le Directeur et la personne intéressée ou son représentant légal, éventuellement accompagnée d'une autre personne de son choix.

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

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

5.3 RESILIATION DE PLEIN DROIT

En cas de décès, le contrat de séjour se trouve résilié le lendemain du décès.

La chambre devra être libérée sous 48 heures et les effets personnels seront restitués à la famille.

En cas de non-respect de ce délai, la facturation s'appliquera tant que les objets personnels n'ont pas été retirés des lieux que la personne occupait.

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

6. RESPONSABILITES RESPECTIVES

Les règles générales de responsabilité applicables tant pour l'établissement que pour le résident sont définies par les articles 1382 à 1384 du Code Civil.

En qualité de structure à caractère public, l'établissement s'inscrit dans le cadre spécifique du droit et de la responsabilité administrative, pour ses règles de fonctionnement et l'engagement d'un contentieux éventuel.

Il est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Dans ce cadre et pour les dommages dont il peut être la cause par lui-même ou les objets qui lui appartiennent, et éventuellement la victime, **le résident est invité à souscrire une assurance responsabilité civile et dommages accidents dont il justifie chaque année auprès de l'établissement.**

Biens et objets personnels

Les dispositions de la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 et de son décret d'application du 27 mars 1993 sont détaillées dans le règlement de fonctionnement mis à la disposition du résident, à la signature du présent contrat.

Le résident ou son représentant légal, certifie par la signature du présent contrat, avoir reçu l'information écrite et orale, obligatoire, sur les règles relatives aux biens et objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'établissement en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens.

La signature du présent contrat remplit l'obligation d'information sur la nécessité de procéder au retrait des objets et biens personnels déposés, à la sortie définitive de l'établissement.

7. RESPECT DES VOLONTES

En cas de décès, toutes les volontés exprimées par les résidents seront respectées dans la mesure où elles sont légales et compatibles avec les possibilités de l'établissement.

Si toutefois, aucune volonté n'a été notifiée à l'établissement, les mesures nécessaires seront mises en œuvre avec l'accord des familles.

8. LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les informations nominatives, administratives et médicales vous concernant, recueillies au cours de votre séjour, font l'objet, sauf opposition de votre part, d'un enregistrement informatique.

Dans ce cadre, le traitement informatisé de ces données est conforme à la réglementation relative à «l'informatique, aux fichiers et aux libertés» et à la protection des personnes physiques, à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

La loi prévoit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

9. MATERIEL MEDICAL

La mise à disposition de matériel médical est, sauf exception qui vous sera alors confirmée officiellement, de la responsabilité de l'établissement qui en assure par ailleurs le financement.

Nous vous demandons de nous signaler, lors de la constitution de votre dossier, les contrats de location que vous avez engagés auprès de prestataires en matériel médical.

Les contrats de location doivent être arrêtés à la date d'entrée dans l'établissement.

Par ailleurs, toute initiative individuelle non autorisée par l'établissement auprès d'un prestataire en matériel médical fera l'objet d'une refacturation au résident correspondant au montant engagé. En cas de récurrence, la direction de l'établissement se réserve le droit de résilier le présent contrat de séjour.

**Mme ou Mr déclare avoir pris connaissance
du règlement de fonctionnement et avoir produit les pièces du dossier
administratif et médical.**

Fait à

Fait à Pont Saint Esprit,

Le

Le

*** Signature du résident
Ou de son représentant légal**

Signature du Directeur

** Paraphe sur toutes les pages et signature de la dernière page.*



ENGAGEMENT A PAYER

Je soussigné(e)

NOM, PRENOM.....

Lien de parenté.....

Du résident (e) NOM, PRENOM.....

M'engage à régler les frais de séjour du résident (e)

Au CENTRE HOSPITALIER de PONT SAINT ESPRIT en service EHPAD (établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes) sur le site de :

EHPAD DE PONT ST ESPRIT

EHPAD VAL DE CEZE A CORNILLON

EHPAD AUGUSTA BESSON A ST PAUL LES FONTS

☐
☐
☐

A compter du :

Selon les tarifs fixés par l'arrêté de M. le Président du Conseil Général du GARD à la somme de **59.71 €** en hébergement, et G1/2 **20.47 €**, G3/4 **12.99 €**, G5/6 **5.57 €** en dépendance par jour pour l'année en cours.

Par le présent document je m'engage donc à régler les frais de séjour correspondant au tarif hébergement et au tarif dépendance du résident (e). Le coût mensuel du séjour s'élève sur la base de 31 jours maximum à la somme de **Deux mille vingt trois euros et 68 cts au minimum.**

Chaque année ces tarifs qui sont susceptibles d'évolution, seront communiqués par voie d'affichage. Mon engagement de payer suivra automatiquement cette évolution des tarifs sans que j'ai besoin de renouveler mon accord.

Dans le cas où des modifications de situation ne me permettraient plus de respecter cet engagement, j'en tiendrais l'Hôpital informé afin que des solutions puissent être recherchées en collaboration.

Je prends bonne note que même dans le cadre d'une demande d'aide sociale et tout particulièrement en cas de refus du Conseil Général je reste redevable des frais de séjours restant dus.

Fait à..... le

En triple exemplaire dont un pour l'enregistrement

(Signature précédée de la mention "lu et accepté pour valoir engagement de payer" ainsi que du nom et prénom)

MME, MELLE, MONSIEUR :

ETIQUETTE (Réservé au service)

PRENOM :

FICHE DE RESSOURCES

CAISSE DE RETRAITE et ALLOCATION LOGEMENT	ADRESSE	MONTANT		
		MENSUEL	TRIMESTRIEL	ANNUEL
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
TOTAL				

AUTRES RESSOURCES	CORDONNEES DE L'ORGANISME	N° DE COMPTE
1 LIVRET D'EPARGNE		
2 RENTE VIAGERE		
3 AUTRES		

Cordonnées des membres de la famille : Conjoint, enfants, petits enfants

Nom : Prénom.....

Date de Naissance : Lien de Parenté :

Adresse :
.....
.....

☎ Téléphone personnel :
et professionnel :

Portable :
Mail :

Nom : Prénom.....

Date de Naissance : Lien de Parenté :

Adresse :
.....
.....

☎ Téléphone personnel :
et professionnel :

Portable :
Mail :

Nom : Prénom.....

Date de Naissance : Lien de Parenté :

Adresse :
.....
.....

☎ Téléphone personnel :
et professionnel :

Portable :
Mail :

Dossier : Madame, Mademoiselle, Monsieur.....
N° de séjour.....



Autorisation du droit à l'image

Je soussigné(e) M. Mme.....

Accepte d'être pris en photo à condition que celle-ci ne soit pas utilisée dans un cadre commercial ou publicitaire.

A Pont Saint Esprit, le.....

Signature du patient
Et/ou d'un membre de son entourage

Demande d'instruction d'un dossier d'aide sociale

Je soussigné (e),

NOM

Prénom

Né (e) le..... A

certifie avoir donné mon accord pour l'instruction d'un dossier d'aide sociale concernant les frais d'hébergement et de dépendance de mon séjour en EHPAD.

Je m'engage en attente de l'instruction de la demande d'aide sociale concernant les frais d'hébergement et de dépendance de mon séjour à reverser 90% de mes retraites auprès de la trésorerie de l'établissement.

Les sommes perçues par le trésorier seront reversées auprès du Conseil Général où mon dossier sera instruit.

En cas de rejet d'une participation du Conseil Général, les sommes versées viendront en déduction de la facturation de mon séjour .

A Pont St Esprit, le

Signature de l'intéressé (e)
ou de son représentant légal

Par la présente, j'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance qu'une provision égale à 90% des ressources ainsi que l'intégralité de l'allocation logement de Monsieur ou Madame, doit être reversée à l'établissement dans le cadre d'une demande d'aide sociale à l'hébergement.

Se composant des organismes et des montants suivants :

A Compter de la date d'entrée le

Numéro de séjour :

CAISSES OU ORGANISMES	MENSUEL	TOTAL
CARSAT		
MSA		
KLESIA		
CAMARCA		
ARRCO		
MALAKOFF		
IRCANTEC		
Total des ressources		
Montant des 90% des ressources		
COTISATION MUTUELLE	A DEDUIRE DES RESSOURCES A REVERSER	- 75,00 €
MONTANT A REVERSER A LA TRESORERIE		

☐ RIB du résident (e) à joindre.

Sera reversé par chèque ou virement à la Trésorerie de Pont Saint Esprit chaque mois à compter de la date d'entrée et ce, jusqu'à la notification du Conseil Départemental et de la régularisation du dossier administratif par le prélèvement et reversement direct des ressources de l'intéressé(e) à la Trésorerie de l'établissement.

Fait à, le

Signature du résident

Signature famille

PROCURATION

Madame ou Monsieur

Nom :

Prénom :

Soussigné(e), déclare donner procuration à compter du

et pour la durée de mon séjour à :

EHPAD PONT ST ESPRIT ☐

EHPAD VAL DE CEZE ☐

EHPAD AUGUSTA BESSON ☐

EHPA LA BLACHE ☐

Au Trésorier du Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit, afin qu'il perçoive ma pension.

Référencée :

Versée par :

Nom de l'organisme :

Adresse :

.....

.....

Qui sera versé sur le compte chèque Trésorerie de Pont St Esprit :

Code banque : 30001

Code guichet : 00600

N° de compte : D 3010000000-93

IBAN : FR 28300100600D301000000093BDFEFRPPCCT

Le Trésorier du Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit reversera les 10% mis à ma disposition
Comme argent de poche et éventuellement pour la prise en charge de divers frais autorisés
(mutuelle).

Pour valoir ce que de droit

Fait à Pont St Esprit le,

Le Directeur

Lu et approuvé, l'intéressé(e)

PROCURATION

Madame ou Monsieur

Nom :

Prénom :

Soussigné(e), déclare donner procuration à compter du

et pour la durée de mon séjour à :

EHPAD PONT ST ESPRIT ☐

EHPAD VAL DE CEZE ☐

EHPAD AUGUSTA BESSON ☐

EHPA LA BLACHE ☐

Au Trésorier du Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit, afin qu'il perçoive ma pension.

Référencée :

Versée par :

Nom de l'organisme :

Adresse :

.....

.....

Qui sera versé sur le compte chèque Trésorerie de Pont St Esprit :

Code banque : 30001

Code guichet : 00600

N° de compte : D 3010000000-93

IBAN : FR 28300100600D301000000093BDFEFRPPCCT

Le Trésorier du Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit reversera les 10% mis à ma disposition
Comme argent de poche et éventuellement pour la prise en charge de divers frais autorisés
(mutuelle).

Pour valoir ce que de droit

Fait à Pont St Esprit le,

Le Directeur

Lu et approuvé, l'intéressé(e)

PROCURATION

Madame ou Monsieur

Nom :

Prénom :

Soussigné(e), déclare donner procuration à compter du

et pour la durée de mon séjour à :

EHPAD PONT ST ESPRIT ☐

EHPAD VAL DE CEZE ☐

EHPAD AUGUSTA BESSON ☐

EHPA LA BLACHE ☐

Au Trésorier du Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit, afin qu'il perçoive ma pension.

Référencée :

Versée par :

Nom de l'organisme :

Adresse :

.....

.....

Qui sera versé sur le compte chèque Trésorerie de Pont St Esprit :

Code banque : 30001

Code guichet : 00600

N° de compte : D 3010000000-93

IBAN : FR 28300100600D301000000093BDFEFRPPCCT

Le Trésorier du Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit reversera les 10% mis à ma disposition
Comme argent de poche et éventuellement pour la prise en charge de divers frais autorisés
(mutuelle).

Pour valoir ce que de droit

Fait à Pont St Esprit le,

Le Directeur

Lu et approuvé, l'intéressé(e)

PROCURATION

Madame ou Monsieur

Nom :

Prénom :

Soussigné(e), déclare donner procuration à compter du

et pour la durée de mon séjour à :

EHPAD PONT ST ESPRIT ☐

EHPAD VAL DE CEZE ☐

EHPAD AUGUSTA BESSON ☐

EHPA LA BLACHE ☐

Au Trésorier du Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit, afin qu'il perçoive ma pension.

Référencée :

Versée par :

Nom de l'organisme :

Adresse :

.....

.....

Qui sera versé sur le compte chèque Trésorerie de Pont St Esprit :

Code banque : 30001

Code guichet : 00600

N° de compte : D 3010000000-93

IBAN : FR 28300100600D301000000093BDFEFRPPCCT

Le Trésorier du Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit reversera les 10% mis à ma disposition
Comme argent de poche et éventuellement pour la prise en charge de divers frais autorisés
(mutuelle).

Pour valoir ce que de droit

Fait à Pont St Esprit le,

Le Directeur

Lu et approuvé, l'intéressé(e)



ENGAGEMENT RESERVATION CHAMBRE

RESERVATION CHAMBRE EHPAD PONT ST ESPRIT ☐
EHPAD VAL DE CEZE ☐
EHPAD AUGUSTA BESSON ☐

Je soussigné(e) M(me).....
ou M(me) son représentant

déclare avoir pris connaissance de la réservation effective d'une chambre à compter
du.....au.....

Je suis informé(e) que ce temps de réservation donnera lieu à une facturation spécifique couvrant la
période concernée.

Fait le

Signature

Fiche trousseau Femme

Toute résidente entrant dans l'établissement doit disposer d'un trousseau complet comprenant :

- **Une trousse de toilette comprenant :**
 - Une brosse à dents
 - Du dentifrice
 - Comprimés pour dentier si nécessaire (celui-ci doit être gravé par vos soins : se renseigner auprès de votre dentiste)
 - Une brosse ou un peigne à cheveux
 - Eau de toilette selon les habitudes de vie
- Sept sous-vêtements (tricots de corps, culottes, combinaisons)
- Quatre soutiens-gorge (selon les habitudes de vie)
- Sept tenues (chemisiers, tee-shirts, pulls, pantalons, jupes, robes)
- Trois gilets
- Cinq chemises de nuit ou pyjamas ou grenouillères
- Un vêtement d'extérieur chaud
- Sept paires de chaussettes ou bas
- Deux paires de chaussures
- Une paire de pantoufles
- Deux robes de chambres
- Ceinture si nécessaire
- Un petit sac de voyage
- Des vêtements plus adaptés pourront être demandés par les référentes si handicap physique

*Les mules et les charentaises sont fortement déconseillées,
préférez des chaussures qui tiennent bien aux pieds*

Afin de ne pas surcharger les placards, il est recommandé de respecter les quantités de ce trousseau.

Tout vêtement doit être marqué au nom de la résidente par la blanchisserie, afin d'éviter toute perte.

POUR DES RAISONS DE TRAITEMENT, LE LINGE NE DOIT PAS ETRE EN LAINE, NI EN RHOVYL (TYPE « DAMART® »).

*Le trousseau et le nécessaire de toilette seront renouvelés en fonction des saisons, des changements de taille, de l'usure, à la demande de la référente soignante du résident.
Sans suite à la demande, un courrier sera envoyé aux familles ou aux tuteurs.*

- Le matériel de la résidente (fauteuil roulant, déambulateur...) qui sera apporté dès l'admission.
- Un inventaire sera réalisé par rapport à ce qui vient d'être énoncé. Vous pourrez le consulter auprès de la responsable blanchisserie.

Tout résident entrant dans l'établissement doit disposer d'un trousseau complet comprenant :

- **Une trousse de toilette comprenant :**
 - Une brosse à dents
 - Du dentifrice
 - Comprimés pour dentier si nécessaire (celui-ci doit être gravé par vos soins : se renseigner auprès de votre dentiste)
 - Un peigne à cheveux
 - Un rasoir électrique ou mousse à raser et rasoirs à usage unique
 - Eau de toilette (selon les habitudes de vie)
- Sept sous-vêtements (tricots de corps, slips, caleçons)
- Sept tenues (chemises, tee-shirts, pulls, pantalons)
- Trois gilets
- Cinq pyjamas ou grenouillères
- Un vêtement d'extérieur chaud
- Sept paires de chaussettes
- Deux paires de chaussures
- Une paire de pantoufles
- Deux robes de chambres
- Ceinture et bretelles, si nécessaire
- Un petit sac de voyage
- Des vêtements plus adaptés pourront être demandés par les référents si handicap physique

Les mules et les charentaises sont fortement déconseillées, préférez des chaussures qui tiennent bien aux pieds

Afin de ne pas surcharger les placards, il est recommandé de respecter les quantités de ce trousseau.

Tout vêtement doit être marqué au nom du résident par la blanchisserie, afin d'éviter toute perte.

POUR DES RAISONS DE TRAITEMENT, LE LINGE NE DOIT PAS ETRE EN LAINE, NI EN RHOVYL (TYPE « DAMART® »).

Le trousseau et le nécessaire de toilette seront renouvelés en fonction des saisons, des changements de taille, de l'usure, à la demande de la référente soignante du résident. Sans suite à la demande, un courrier sera envoyé aux familles ou aux tuteurs.

- Le matériel du résident (fauteuil roulant, déambulateur...) qui sera apporté dès l'admission. Un inventaire sera réalisé par rapport à ce qui vient d'être énoncé. Vous pourrez le consulter auprès de la responsable blanchisserie.

Nîmes, le 2 octobre 2014

Le Président
Direction Générale
Adjointe du
Développement Social
Direction d'Appui
Service des Etablissements
pour Personnes Agées

Affaire suivie par :
Monique OLESZKIEWICZ
N. réf. : MO/SDB-2014
Tél. : 04.66.76.86.21
Fax : 04.66.76.86.90

Objet : Pré - Instruction des dossiers APA
Lettre circulaire EHPAD (RECTIFICATIF sur date d'application)

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

Vous avez signé avec le président du Conseil général une convention relative à la mise en place de la pré-instruction des dossiers de demande d'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées admises en établissement.

Le département du Gard vous a délégué la pré-instruction des dossiers et à ce titre vous êtes habilitée à demander aux résidents et à leur famille toutes les pièces et documents constitutifs du dossier d'APA.

Une nouvelle disposition du règlement départemental exige que le demandeur renseigne le document suivant. Cette évolution entrera en vigueur au 1^{er} novembre 2014 pour les premières demandes et au 1^{er} février 2015 pour les renouvellements. Pour l'heure, les révisions ne sont pas concernées.

Je vous demande donc de bien vouloir veiller à joindre ce nouveau formulaire dans vos prochaines demandes

Restant à votre disposition, je vous prie de croire, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, en l'assurance de ma parfaite considération.

Pour le Président du Conseil
général par intérim
et par délégation,
Le Directeur Général Adjoint
du Développement Social,


Yvan FERRIER

PJ : 1

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS DU FOYER DANS LE CADRE DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Tous les capitaux détenus (imposables ou non-imposables) par le demandeur, son conjoint, son concubin ou son partenaire PACS sont à déclarer.

A défaut de renseignements concernant les intérêts perçus ou capitalisés un taux de 3 % sera appliqué (article R.132-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

PRODUITS	CAPITAL	INTERETS ANNUELS PERCUS OU CAPITALISES
Compte(s) courants		
Compte(s) courants		
Livret(s) d'épargne A		
Livret(s) d'épargne B		
Livret d'Epargne Populaire (LEP)		
CODEVI		
Livret ou compte épargne logement		
Bons d'épargne, de caisse, de capitalisation		
Epargne Assurance Vie (fournir contrat)		
Plan d'Epargne Populaire		
Obligations, Actions		
SICAV et fonds communs de placement		
SCPI		
Bons anonymes		
Autres (à préciser)		

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur le présent document sont exacts.

Fait à : le

Le demandeur

Pour le demandeur

Le tuteur

CONTRAT DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
POUR LE REGLEMENT DES FRAIS DE SEJOUR

Entre,

NOM et PRENOM :

Adresse :

.....

Et

Le Centre Hospitalier de Pont St Esprit, dont le siège est situé au 10 rue Philippe Le Bel 30134 Pont St Esprit, représenté par Monsieur DESBRUN Daniel, Directeur.

Il est convenu ce qui suit :

1. DISPOSITIONS GENERALES :

Les résidents des EHPAD de Pont St Esprit, Val de Cèze et St Paul les fonts ainsi que l'EHPA de la Blâche peuvent régler leur facture , soit :

- En numéraire auprès de la Trésorerie de Pont Saint Esprit dans la limite de 300 €.
- Par chèque bancaire libellé à l'ordre du comptable public, accompagné du talon détachable de la facture, sans le coller, ni l'agrafer auprès de la trésorerie de Pont Saint Esprit.
- Par prélèvement automatique pour les résidents ayant souscrit un contrat de prélèvement automatique.

2. MONTANT DU PRELEVEMENT :

Il est égal au montant de la facture mensuelle due par le résident pour le mois considéré.
Régularisations nécessaires éventuellement comprises.

3. CHANGEMENT DE COMPTE BANCAIRE :

Le résident qui change de numéro de compte bancaire, d'agence, de banque doit se procurer un nouvel imprimé de demande d'autorisation de prélèvement auprès du service des admissions du Centre Hospitalier 10 rue P LE BEL 30134 PONT SAINT ESPRIT, le compléter et le signer, puis le retourner accompagné d'un nouveau relevé d'identité bancaire.

Si l'envoi a lieu avant le 30 ou 31 du mois, le prélèvement aura lieu sur le nouveau compte dès le mois suivant.

Dans le cas contraire, la modification interviendra un mois plus tard.

4. RENOUVELLEMENT DU CONTRAT DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE :

Sauf avis contraire du résident, le contrat de mensualisation est automatiquement reconduit l'année suivante. Le résident établit une nouvelle demande uniquement lorsqu'il a dénoncé son contrat et qu'il souhaite de nouveau le prélèvement automatique.

5. ECHEANCES IMPAYEES :

Si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte du redevable, il ne sera pas automatiquement représenté. **Les frais de rejet seront à la charge du résident.**

L'échéance impayée plus les frais de rejet seront à régulariser à la Trésorerie de Pont Saint Esprit.

6. FIN DE CONTRAT :

Il sera mis fin automatiquement au contrat de prélèvement après deux rejets consécutifs de prélèvement. Il appartiendra alors au résident de renouveler son contrat s'il le désire.

Le résident qui souhaite mettre fin au contrat de prélèvement automatique informe le Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit, service des admissions, par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de situation difficile et à titre exceptionnel, le résident peut saisir par écrit le Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit 10 rue P Le Bel pour demander la suspension du prélèvement mensuel en joignant tous documents justifiant la situation.

7. RENSEIGNEMENTS, RECLAMATIONS, DIFFICULTES DE PAIEMENT, RECOURS :

Tout renseignement ou contestation amiable concernant le décompte de la facture sont à adresser au Centre Hospitalier de Pont Saint Esprit, service des admissions.

La contestation amiable ne suspend pas le délai de saisine du tribunal administratif.

Fait en deux exemplaires.

Le DIRECTEUR
Centre Hospitalier de Pont St Esprit

A..... , le.....
Bon pour accord,
Prélèvement mensuel

Le résident, ou son représentant légal

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

**IDENTIFIANT
CREANCIER SEPA**

FR60ZZZ663283

Désignation du Titulaire du compte à débiter

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Désignation du Créancier

Nom : **Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit**

Adresse : **10 rue Philippe le Bel**

CS 31054

Code Postal : **30134**

Ville : **PONT-SAINT-ESPRIT CEDEX**

Pays : **France**

Désignation du Compte à Débiter

IBAN IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif ☐

Paiement ponctuel ☐

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA)

Signature :

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

Nom du tiers débiteur :

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

Rappel :

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par **le Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit**. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec **le Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit**.

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