



EHPAD LE PARC
63 Rue Anatole France
42120 LE COTEAU
Tél : 04.77.68.19.57 Fax : 04.77.78.12.45
Mail : contact@ehpad-leparc.fr
Site internet : <http://ehpad-leparc.fr/>

CONTRAT DE SEJOUR

Approuvé par délibération du Conseil d'Administration du 05/04/2017

SOMMAIRE

I. DÉFINITION AVEC LE RESIDENT OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

II. DUREE DU SEJOUR

III. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT

- 3.1 Description du logement et du mobilier fourni par l'établissement
- 3.2 Restauration
- 3.3 Le linge et son entretien
- 3.4 Le droit à l'image
- 3.5 Animation
- 3.6 Visites
- 3.7 Autres prestations
- 3.8 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne

IV. SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE

V. COUT DU SEJOUR EN HEBERGEMENT COMPLET

- 5.1 Montant des frais d'hébergement
- 5.2 Montant des frais liés à la dépendance
- 5.3 Montant des frais liés aux soins

VI. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

- 6.1 Absence pour hospitalisation de moins de 21 jours
- 6.2 Absence pour hospitalisation de plus de 21 jours
- 6.3 Absence pour convenances personnelles
- 6.4 Facturation en cas de résiliation du contrat
 - 6.4.1 Résiliation à l'initiative du résident
 - 6.4.2 Résiliation à l'initiative de l'établissement

VII. RESPONSABILITES RESPECTIVES

- 7.1 Assurances
- 7.2 Responsabilité en cas de vol, de perte ou de détérioration de biens
- 7.3 Interdictions

VIII. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR

INTRODUCTION

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, être accompagnés 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.

Si la personne prise en charge ou son représentant légal refuse la signature du présent contrat, il est procédé à l'établissement d'un document individuel de prise en charge, tel que prévu à l'article 1 du décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 : Le constat de carence. (Cf pièce jointe)

Le contrat est remis à chaque personne, et, le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'admission.

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 administratif compétents.

L'EHPAD du Parc, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, est un établissement public social et médico-social (EPSMS) autonome.

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

Les personnes hébergées qui ne résidaient pas dans le département de la Loire avant leur admission, peuvent faire une demande d'allocation personnalisée d'autonomie pour couvrir une partie des frais des tarifs journaliers dépendance, auprès du conseil général de son département de résidence.

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

Le contrat de séjour est conclu entre :

D'une part,

La Maison de retraite du Parc, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
Dépendantes, 63 rue Anatole France, 42120 LE COTEAU,
Représentée par sa Directrice, Mme Sylvie MOREL,

Et d'autre part,

Mme ou M

Né(e) le à

Dénommé(e) le / la résident(e), dans le présent document.

Le cas échéant, représenté par :

M. ou Mme

Né(e) leà

Adresse

.....

.....

lien de parenté.....

ou personne de confiance..... **(Annexes 1, 2 et 3)** (Toute

personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, 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 révoquée 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)

ou tuteur, curateur (joindre photocopie du jugement).....

Dénommé(e) le représentant légal, dans le présent document.

Il est convenu ce qui suit :

I. DÉFINITION AVEC LE RESIDENT OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL DU TYPE DE SEJOUR ET DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Le résident est accueilli en hébergement complet à durée indéterminée.

L'établissement travaille en vue du maintien de l'autonomie de la personne accueillie.

L'EHPAD est en capacité d'accueillir des personnes âgées malades d'Alzheimer ou de maladie apparentée et ayant des troubles du comportement modérés.

Les prestations sont adaptées à la personne et elles sont actualisées en fonction des besoins.

II. DUREE DU SEJOUR :

Le présent contrat est conclu en hébergement complet, pour une durée indéterminée à compter du

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

III. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement sont définies :

- Pour l'hébergement complet dans le document « Règlement de fonctionnement ».

Ce document est remis au résident avec le présent contrat.

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

Les tarifs résultant chaque année d'une décision des autorités de tarification (Conseil Général, ARS) et qui s'imposent à l'établissement font l'objet d'un document annexé au présent contrat, porté à la connaissance du résident ou de son représentant légal.

3.1 Description du logement et du mobilier fourni par l'établissement :

A la date de la signature du contrat, la chambre n°..... est attribuée à M.....

L'établissement assure toutes les tâches de ménage et les petites réparations réalisables par l'agent de maintenance de la structure (qui est le seul habilité à effectuer des modifications telles que le perçage des murs...)

Le résident, dans la limite de la taille de la chambre, peut amener des effets et du mobilier personnel s'il le désire (bibelots, photos...) Toutefois, la possibilité d'apporter un petit meuble est soumise à autorisation de la direction.

L'utilisation d'appareils électriques (frigo, bouilloire, cafetières, couverture chauffante...) et de tout produit non ignifugé (couverture, coussin...) **est interdite**.

La fourniture de l'électricité, du chauffage, et de l'eau est incluse dans le prix de journée. Toutes les chambres sont équipées de prise téléphonique. L'abonnement et les communications téléphoniques sont à la charge du résident.

Pour disposer d'une ligne téléphonique avec numéro direct, une demande doit être faite par le résident, sa famille ou le représentant légal auprès d'une société de télécommunications après consultation du secrétariat.

Les pots de fleurs ou type « balconnières » sont interdits sur les barrières ou sur les rebords extérieurs des fenêtres des chambres des résidents. De la même manière, aucun objet ne doit être déposé sur les barrières et rebords extérieurs des fenêtres.

Le résident peut demander la clé de sa chambre qui devra être restituée en fin de séjour. En cas de perte ou de vol, celle-ci sera facturée au Résident moyennant la somme de **5 €uros**. Aucune clé ne sera remise aux proches.

3.2 Restauration :

Les petits déjeuners sont servis en plateau entre 7 h 45 et 9 h.

Le déjeuner à 12 h, le goûter à 15 h, et le dîner à 18 h 30.

Toute absence à l'un des repas doit être signalée au secrétariat 72 heures à l'avance.

L'invitation à déjeuner de parents ou d'amis doit être signalée 72 heures auparavant au secrétariat en fonction des capacités du service de cuisine, et limitée à trois invités par résident. Les samedis, dimanches et jours fériés, seuls les conjoints des résidents sont acceptés à venir déjeuner. Le règlement est à effectuer à réception de la facture établie par l'EHPAD et à l'ordre du TRESOR PUBLIC. Le prix du repas est fixé chaque année par délibération.

3.3 Le linge et son entretien :

Le linge de lit et de toilette est fourni et entretenu par l'établissement.

Le linge personnel est lavé et repassé par l'établissement. Les vêtements en pure laine, mohair, soie ou thermolactyl sont déconseillés. L'entretien de ces vêtements n'est pas pris en charge par l'établissement.

Un trousseau type se trouve dans le règlement de fonctionnement à adapter à l'état du résident.

Le linge devra être identifié par le résident ou sa famille avec des marques cousues. Le linge sera renouvelé aussi souvent que nécessaire. Tout nouvel achat sera marqué au nom et prénom du résident.

3.4 Le droit à l'image :

La photographie de votre parent pourra être utilisée pour des affichages ainsi que dans la presse et sur internet ; sauf si vous notifiez votre désaccord par écrit auprès de la Maison de Retraite.

3.5 Animation :

Chaque résident est libre d'organiser sa journée comme bon lui semble.

Des animations et des activités organisées par une animatrice qualifiée sont proposées du lundi au vendredi. L'association « Animation Tendresse » composée de bénévoles propose tous les mardis après-midi une animation. Chacun est invité à y participer.

Les salons de l'EHPAD disposent de téléviseurs à disposition de l'ensemble des résidents.

Un grand écran avec home cinéma est installé au rez-de-chaussée et à disposition de tous les résidents.

Les prestations ponctuelles d'animation sont signalées au cas par cas ainsi que les conditions financières de participation, s'il y a lieu (voyages, sorties...).

3.6 Visites :

Les visites sont autorisées tous les jours de 11h à 12h et de 13h à 18h30, ces horaires étant déterminés afin de ne pas gêner le personnel dans la réalisation des soins et des tâches hôtelières. Les visites ne sont pas acceptées pendant le temps de repas sauf si les visiteurs prennent leur repas avec le résident, dans ce cas ces repas devront être programmés auprès du secrétariat 72h à l'avance (voir rubrique 3-2Restauration page 6).

Sinon, en cas de visite pendant le temps de repas, un plateau sera préparé pour le résident et servi dans sa chambre afin de respecter le caractère privé de la visite.

3.7 Autres prestations :

Différents coiffeurs interviennent dans l'Etablissement. Les prises de rendez-vous ainsi que les honoraires des prestations sont à la charge du résident. Il est demandé aux familles de signaler au secrétariat, les dates et heures des rendez-vous ; priorité est donnée pour l'utilisation du salon aux rendez-vous signalés.

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

Les aides qui peuvent être apportées au résident concernent la toilette, les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage...), l'alimentation, l'habillement, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien voire le développement de l'autonomie.

Les autres déplacements à l'extérieur de l'établissement et notamment les consultations chez les médecins libéraux spécialistes, chez le dentiste ou dans les établissements de santé sont à la charge du résident et de sa famille. Cette dernière sera informée des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser.

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

IV. SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE :

La surveillance médicale consiste notamment :

- à établir l'état de santé de tout résident entrant,
- à assurer les visites médicales,
- à décider si la pathologie dont souffre le résident peut être soignée sur place ou nécessite le recours à une hospitalisation ou à un établissement plus adapté.

Le Résident peut faire appel au médecin généraliste de son choix. L'établissement prend en charge les frais de visite des médecins généralistes ainsi que les actes de kinésithérapie, de biologie, de radiologie de base, de pédicurie, d'orthophonie, **ordonnés**.

Si aucun choix particulier n'est exprimé par le Résident, l'Etablissement fait appel aux professionnels médicaux qui lui sont attachés.

Un médecin coordonnateur, présent dans l'établissement à temps partiel est chargé de la coordination de la prise en charge médicale

- du projet de soins
- de l'organisation de la permanence des soins,
- des admissions,
- de l'évaluation des soins (dossier médical, dossier de soins infirmiers, coupe PATHOS ...)
- de l'information et de la formation des personnels et intervenants extérieurs.

Il effectue un rapport d'activité médicale annuel.

En cas de besoin d'hospitalisation, le transfert est effectué sur le Centre Hospitalier de Roanne, sauf choix contraire formulé par le résident lors de l'admission.

V. COUT DU SEJOUR

L'établissement bénéficie d'une convention tripartite avec le Conseil Général et l'assurance maladie. Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

5.1. Montant des frais d'hébergement :

Le prix de journée d'hébergement et de la dépendance est fixé annuellement par le Président du Conseil Général sur proposition du Conseil d'Administration. Ce prix comprend l'hébergement complet du résident (logement, repas, entretien du linge, produits d'incontinence, aide et accompagnement dans les actes de la vie quotidienne). Les prix sont précisés dans l'Annexe 4. Le tarif hébergement est révisé au moins chaque année et affiché dans l'établissement.

Les frais d'hébergement sont payables mensuellement à terme échu par prélèvement automatique par le Trésor Public, comptable de l'établissement après le 15 du mois suivant.

Tout rejet de prélèvement automatique à la date prévue est notifié au résident ou à son représentant légal, par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de refus de prélèvement automatique, le paiement d'un mois d'avance est demandé à l'entrée du résident.

Les frais de séjour sont dûs à date de la réservation de la chambre.

M..... est (cocher la case correspondante)

- Résident payant
- Résident bénéficiaire de l'Aide Sociale
- Résident en attente d'admission à l'Aide Sociale

M ou Mme s'engage à régler en lieu et place du résident en cas d'impayés de frais d'hébergement en signant l'imprimé d'engagement de payer ci-joint (Annexe 5).

Le résident peut bénéficier d'une aide au logement versée par l'organisme d'allocations familiales dont il dépend. Le montant de cette aide est fixé en fonction de ses ressources. Le dossier est remis par le secrétariat à l'entrée du résident dans l'établissement. Une assistante sociale est présente tous les 1^{er} mercredi après-midi de chaque mois.

En cas de fixation des tarifs postérieurs au 1^{er} janvier, les journées d'hébergement sont dans un premier temps facturées au tarif de l'année précédente, puis un rattrapage est effectué sur les factures postérieures à la date de l'arrêté du Président du Conseil Général.

Les modifications du prix de journée sont notifiées par voie d'affichage.

5.2 Montant des frais liés à la dépendance

En fonction de leur dépendance (évaluation AGGIR) et du niveau de leurs ressources, les résidents peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie versée par le Conseil Général. Cette allocation permet de couvrir en partie le coût du tarif dépendance, arrêté et facturé dans les mêmes conditions que le tarif hébergement et en sus.

Une participation reste à la charge du résident : son montant minimal est constitué par le tarif GIR 5/6 de l'établissement.

Cette allocation est versée à l'établissement directement pour les personnes résidant dans le département de la Loire avant leur admission. Elle est versée directement à la personne âgée pour celles qui résidaient hors Loire avant leur admission.

Le tarif dépendance est révisé au moins une fois par an. Il est affiché dans l'Etablissement à chaque changement.

5.3 Montant des frais liés aux soins :

L'établissement ayant opté pour le tarif global de soins dans le cadre de ses relations avec l'assurance maladie, les prestations suivantes sont comprises dans les frais de séjour :

- médecins généralistes libéraux,
- soins infirmiers,
- dispositifs médicaux prescrits et inscrits dans l'arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier,
- médecin coordonnateur,
- actes de kinésithérapie,
- actes de radiologie sauf actes lourds (scanners, IRM ...),
- actes de laboratoire

Les résidents peuvent – s'ils le souhaitent – bénéficier d'un accompagnement psychologique.

En revanche, les dépenses suivantes ne sont pas payées par l'établissement ; elles sont à votre charge avec possibilité de remboursement par votre caisse d'assurance maladie et votre mutuelle le cas échéant :

- médicaments,
- dispositifs médicaux hors arrêté du 30 mai 2008 précité,
- médecins spécialistes (dermatologue, cardiologue, ophtalmologue ...),
- actes de radiologie lourds (scanners, IRM ...)
- prothèses (auditives, dentaires,...)
- dentistes,
- frais d'optique,
- transports (VSL, ambulances),
- hospitalisations (forfait journalier et tiers payants).
- soins de pédicurie (sauf pour les personnes diabétiques)

Le résident accepte que ses médicaments soient fournis par la Pharmacie du Parc, 42120 LE COTEAU qui a passé convention avec l'Etablissement, laquelle s'engage à établir un contact individualisé par la visite du pharmacien, avec le résident qui le souhaite et en fait la demande.

VI. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

6.1 Absence pour hospitalisation de moins de 21 jours :

A partir de 72 heures d'absence, le tarif hébergement est minoré du forfait journalier hospitalier à partir du quatrième jour d'absence.

Il n'y a pas de facturation du ticket modérateur du GIR 5/6 dès le premier jour d'absence.

6.2 Absence pour hospitalisation de plus de 21 jours :

A compter du 22ème jour, la chambre est libérée. Sur demande du résident, de la famille ou du représentant légal, elle peut continuer à être réservée auquel cas la facturation hébergement n'est plus minorée.

6.3 Absence pour convenances personnelles :

A partir de 72 heures d'absence et à concurrence de 5 semaines dans l'année civile, le tarif hébergement est minoré du forfait journalier hospitalier dès le quatrième jour d'absence.

L'hébergement, la dépendance et frais fixes restent dus durant les périodes d'absence. Il n'y a pas de facturation du ticket modérateur du GIR 5/6 à compter du premier jour d'absence.

6.4 Facturation en cas de résiliation du contrat

6.4.1 Résiliation à l'initiative du résident

La décision doit être notifiée au directeur de l'établissement, par lettre recommandée avec accusé de réception, **dans un délai de 15 jours** avant la date prévue du départ. La chambre est libérée à la date prévue pour le départ. Le prix de journée continuera à être facturé jusqu'à la date de départ.

En cas de décès, la tarification s'arrête le jour du décès à minuit. La famille doit libérer la chambre sous 3 jours et en cas d'impossibilité de libérer la chambre dans ce délai :

- le petit mobilier et les affaires personnelles sont placés dans un local annexe et remis à la famille.

Le Directeur de l'établissement s'engage à mettre en œuvre les moyens de respecter les volontés si elles ont été exprimées par écrit et remises sous enveloppe cachetée.

6.4.2 Résiliation à l'initiative de l'établissement

*** *Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil***

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 et, le cas échéant, le médecin coordonnateur.

Le Directeur de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement est libéré dans un délai de quinze jours.

En cas d'urgence, le Directeur de la maison de retraite prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant et, le cas échéant, du médecin coordonnateur.

Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, le résident et/ou son représentant légal sont informés par le Directeur dans les plus brefs délais de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement est libéré dans un délai de quinze jours après notification de la décision.

*** *Incompatibilité avec la vie collective***

Les faits doivent être établis et portés à la connaissance du résident, et le cas échéant son représentant légal, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si le comportement ne se modifie pas après la notification des faits constatés, une décision définitive sera prise par le Directeur ou la personne mandatée. La décision définitive est notifiée au résident et, s'il en existe un à son représentant légal, par lettre recommandée avec accusé de réception.

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

*** *Résiliation pour défaut de paiement***

Tout retard de paiement égal ou supérieur à un mois après la date d'échéance est notifié au résident, et s'il en existe un à son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le défaut de paiement doit être régularisé dans les quinze jours après réception de la notification de paiement. En cas de non-paiement dans les délais impartis pour la régularisation, le logement est libéré dans un délai de 15 jours à compter de la notification de la résiliation du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

VII. RESPONSABILITES RESPECTIVES

7.1 Assurances :

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

7.2 Responsabilité en cas de vol, de perte ou de détérioration de biens :

L'établissement ne peut pas être tenu responsable des vols pouvant survenir dans l'établissement.

Le résident et/ou son représentant légal certifie avoir reçu l'information sur les règles relatives aux biens et objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'établissement et ses limites, en cas de vol, de perte ou de détérioration de ces biens.

L'établissement met à disposition de chaque résident un petit coffre-fort dans chacune des chambres. L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou du vol d'argent ou d'objet de valeur des résidents.

7.3 Interdictions :

La détention d'alcool est strictement interdite.

Par mesure de sécurité et pour éviter le déclenchement intempestif du système de sécurité incendie, il est formellement interdit de fumer dans tout l'établissement, y compris dans les lieux privatifs.

Toute utilisation d'appareils électriques dans les chambres est interdite (frigo, bouilloire, cafetière, fer à repasser...)

Le non-respect de cette clause entraîne la responsabilité du résident.

VIII. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR

Toutes dispositions du présent contrat et de ses annexes sont applicables dans leur intégralité.

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

Fait à, le

La Directrice, Mme Sylvie MOREL

Le Résident : M

ou son représentant légal : M

Loire						
Résidents +60 ans	Hébergement (1)	Prix de journée dépendance (2)	Déduction APA (3)	Ticket Modérateur (= GIR 5/6) (4)	Prix de Journée à la charge du résident	Prix de journée total
			Versée à l'Et. par le C. G	(2 - 3)	(1 + 4)	(1 + 2)
GIR 1/2	52.74	17.85	13.05	4.80	57.54	70.59
GIR 3/4	52.74	11.33	6.53	4.80	57.54	64.07
GIR 5/6	52.74	4.80	0,00	4.80	57.54	57.54
Résidents de - 60 ans	52.74	15,58	0,00	0,00	68.32	68.32

Hors Loire						
Résidents +60 ans	Hébergement (1)	Prix de journée dépendance (2)	Prix de journée à la charge résident	APA versé au résident par le C.D (4)	Prix de journée	
			(1 + 2)		(3 - 4)	
GIR 1/2	52.74	17.85	70.59	nc	nc	
GIR 3/4	52.74	11.33	64.07	nc	nc	
GIR 5/6	52.74	4.80	57.54	nc	nc	
Résidents de - 60 ans	52.74	15,58	68.32	nc	68.32	

Forfait hospitalier journalier au 01/01/2020= 20 €

EHPAD LE PARC
63 Rue Anatole France
42120 LE COTEAU

Tél : 04.77.68.19.57
Fax : 04.77.78.12.45

ENGAGEMENT DE PAYER

Concernant l'hébergement de Mr, Mme :

Né(e) le :/...../.....

Je soussigné(e) / nous soussigné(e)s

Nom :			
Prénom :			
Lien de parenté :			
Adresse :			
Code postal :			
Commune :			
Téléphone :			

Reconnais(sent) avoir été informé (e)(s) :

- 1- Des tarifs journaliers applicables à la date du/...../..... *

Tarif journalier d'hébergement	52.74 €
Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2	17.85 €
Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4	11.33 €
Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6	4.80 €
- 2- De mon(nos) obligations(s) alimentaire(s) cf articles L.6145-4, L.6145-11, 205, 206, 207 et 212 en page 2
- 3- De mon(nos) engagement(s) en tant qu'obligé(s) alimentaire(s) de la personne citée ci-dessus à assurer le règlement des frais de séjour à la Trésorerie du Centre Hospitalier de Roanne, 3 Place du Champ de Foire 42328 Roanne cedex, si toutefois ses ressources ne lui permettaient pas de prendre seul en charge son hébergement.

* Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs.

Fait à : le :/...../.....

Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé, bon pour engagement de payer par jour la somme de »

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Article R.6145-4

Dans le cas où les frais de séjour des malades ne sont pas susceptibles d'être pris en charge, soit par les services de l'aide sociale, soit par un organisme d'assurance maladie, soit par le Ministère chargé des anciens Combattants et Victime de Guerre ou par tout autre organisme public, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou à un tiers responsable souscrivent un engagement d'acquitter les fais de toute nature afférents au régime choisi (...)

Article L.6145-11

Les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du Code Civil. Ces recours relèvent de la compétence du Juge aux Affaires Familiales.

CODE CIVIL

Article 205

Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin.

Article 206

Les gendres et belles-filles doivent également et dans les mêmes circonstances, des aliments à leur beau-père et belle-mère, mais cette obligation cesse lorsque celui des époux qui produisait l'affinité et les enfants issus de cette union avec l'autre époux, sont décédés.

Article 207

Les obligations résultant de ces dispositions sont réciproques.

Néanmoins, quand le créancier aura lui-même manqué gravement à ses obligations envers le débiteur, le juge pourra décharger celui-ci de tout ou partie de la dette alimentaire.

Article 212

Les époux se doivent mutuellement fidélité secours et assistance.

Annexe 1

EHPAD LE PARC
63 Rue Anatole France
42120 LE COTEAU
Tél : 04.77.68.19.57
Fax : 04.77.78.12.45

Formulaire de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du [code de l'action sociale et des familles](#)

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Désigne

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe professionnel / portable : _____

E-mail : _____

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

Fait à _____, le _____

Signature

Cosignature de la personne de confiance

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

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

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à _____, le _____

Signature

Cosignature de la personne de confiance

EHPAD LE PARC
63 Rue Anatole France
42120 LE COTEAU
Tél : 04.77.68.19.57
Fax : 04.77.78.12.45

Formulaire de révocation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du [code de l'action sociale et des familles](#)

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Met fin à la désignation de

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe professionnel / portable : _____

E-mail : _____

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

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

Fait à _____, le _____

Signature

Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) les formulaires de désignation et de révocation de la personne de confiance

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

1. Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance

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

2. Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

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