

NOM RESIDENT :

EHPAD
SALEVE-GLIERES

CONTRAT DE SEJOUR

SITE DU SALEVE

62 Rue des Frères – 74350 **CRUSEILLES**

Tél : 04.50.44.12.80

cruseilles@ehpadsaleveglieres.fr

SITE DES GLIERES

200 Route du Château – 74570 **GROISY**

Tél : 04.50.77.34

groisy@ehpadsaleveglieres.fr



Le contrat de séjour formalise la relation entre la personne accueillie et l'établissement. Il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.

SOMMAIRE

I. CONDITIONS D'ADMISSION

II. CONDITIONS DE SEJOUR

III. TARIFICATION

- 3.1. Tarif hébergement
- 3.2. Tarif dépendance
- 3.3. Tarif soins

IV. REVISION TARIFAIRE

V. FACTURATION

VI. RESERVATION

VII. RESPONSABILITE ET ASSURANCE

VIII. MAINTIEN DANS LES LIEUX

IX. SUIVI MEDICAL

X. RESPECT DES VOLONTES

XI. CONDITIONS DE RESILIATION

Les annexes :

- **Annexe 1** : Etat des lieux à l'entrée
- **Annexe 2** : Etat des lieux à la sortie
- **Annexe 3** : Acte de cautionnement solidaire
- **Annexe 4** : Personne de confiance
- **Annexe 5** : Désignation du Référent Administratif et coordonnées proches
- **Annexe 6** : Accord pharmacien de l'Etablissement/Désignation pharmacien
- **Annexe 7** : Consentement éclairé - entrée en EHPAD
- **Annexe 8** : Projet individuel du Résident
- **Annexe 9** : Autorisations de droit à l'image
- **Annexe 10** : Recueil du consentement libre et éclairé - soins dentaire

I. PRÉAMBULE

L'EHPAD SALEVE-GLIERES (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) est un établissement public autonome sous statut de la fonction publique hospitalière, qui regroupe l'EHPAD du SALEVE de Cruseilles pouvant accueillir 80 résidents et l'EHPAD des GLIERES de Groisy pouvant accueillir 40 résidents.

Il est habilité à recevoir des personnes en perte d'autonomie ou dépendantes, en couples ou non, bénéficiaires ou non à l'Aide Sociale.

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

Ce contrat reprend les dispositions légales définies par les articles L.342.1 à 342.6 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatifs à l'hébergement des Personnes Agées ainsi que celles liées au décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004.

Les personnes appelées 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, de leur personne de confiance telle que l'article L. 311-5-1 en fait application, et font connaître à l'établissement le nom et les coordonnées de la personne de confiance au sens de l'article L 1111-6 du code de la santé (document à remplir en annexe).

Si la personne prise en charge ou son représentant légal refuse la signature du présent contrat, il est procédé à l'élaboration d'un document individuel de prise en charge tel que prévu à l'article 1 du décret n°2004-1274.

Ce contrat précise, notamment, la nature et le montant des prestations, les conditions de facturation, les modalités de maintien du résident dans les lieux ou de son départ de l'établissement.

Il est complété, le cas échéant, par :

- l'état des lieux privatifs mis à disposition,
- une fiche récapitulative des tarifs et de l'ensemble des prestations de l'établissement et leur coût,
- un ou des avenants lorsque le résident souhaite bénéficier ou renoncer à une prestation,
- une ou des cautions solidaires garantissant le paiement total des frais de séjour,
- l'évaluation de l'état de dépendance réalisé après l'admission et, en cas de modification, les évaluations successives déterminant le nouveau tarif dépendance à appliquer,
- d'un ou des avenants aménageant la prise en charge proposée par l'établissement (Article D 311 du CASF)
- d'une annexe au contrat de séjour en cas de limitation à la liberté d'aller et venir.

Le présent contrat est conclu entre :

D'une part,

L'EHPAD SALEVE-GLIERES, représenté par sa Directrice Mme MANDE,

Et d'autre part,

M

Né(e) le

Demeurant

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

Le cas échéant, représenté par M. ou Mme en cas de mise sous curatelle ou tutelle prononcée (*indiquer : nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, éventuellement lien de parenté*)

Dénommé(e) le représentant légal (*préciser : tuteur, curateur ..., joindre photocopie du jugement*).

Il a été arrêté et convenu ce qui suit :

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée à compter du

Lors de la signature du contrat, le prix de journée s'élève à€ et le ticket modérateur (forfait dépendance) à€.

II. CONDITIONS D'ADMISSION

Afin de déterminer, dans les meilleures conditions, la capacité d'hébergement de l'établissement en regard de certains aspects liés au demandeur, il est constitué un dossier d'inscription unique afin d'inscrire ou non le demandeur sur la liste d'attente. Il est suivi d'un dossier d'admission reprenant :

- Un dossier d'informations médicales comprenant :
 - ✓ des fiches de renseignements à remplir par le médecin référent,
 - ✓ une grille AGGIR complétée par le médecin hospitalier ou référent,
 - ✓ le formulaire de désignation ou non d'une personne de confiance et son attestation de remise d'information

Ces informations seront à mettre dans l'enveloppe confidentielle jointe au dossier d'admission.

- Un dossier administratif comprenant, selon votre situation et vos besoins, les documents suivants :
 - ✓ Questionnaire de pré-admission
 - ✓ Fiche de renseignements (vécu, loisirs, métier, lieux de vie...)
 - ✓ Choix concernant :
 - le médecin et les paramédicaux intervenant à l'EHPAD
 - le prestataire en cas de décès
 - le destinataire final pour le courrier (personne prise en charge)
 - ✓ L'ensemble des caisses de retraite
 - ✓ Attestation de Sécurité Sociale et carte VITALE
 - ✓ Attestation d'ouverture des droits C.M.U.
 - ✓ Carte d'assurance complémentaire (mutuelle...)
 - ✓ Copie de la pièce d'identité (CNI ou passeport)
 - ✓ Copie de la carte de séjour pour les étrangers
 - ✓ Photocopie du ou des livret(s) de famille ou d'un extrait de naissance pour les célibataires sans enfant,
 - ✓ Une photo récente
 - ✓ Attestation d'assurance responsabilité civile personnelle
 - ✓ Cautionnement solidaire destiné à payer des frais de séjour et autres prestations signé par les obligés alimentaires du résident ou autre
 - ✓ Déclaration d'impôts sur les revenus de l'année en cours
 - ✓ Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
 - ✓ Liste des débiteurs alimentaires avec leurs coordonnées (conjoint, enfants)
 - ✓ Notification de la mesure de protection,
 - ✓ Copie des directives anticipées en cas de rédaction,
 - ✓ Copie du mandat de protection future établi soit par notaire, soit validé par un avocat ou enregistré aux services des impôts,
 - ✓ Notification d'A.P.A en établissement ou à domicile avec le plan d'aide, le cas échéant
 - ✓ R.I.B. ou R.I.P.

Le résident, afin de déterminer le tarif dépendance à appliquer, accepte de se soumettre à une évaluation de son niveau de validité de manière à identifier son groupe iso-ressources d'appartenance : GIR (utilisation de la grille AGGIR). Cette évaluation sera effectuée par l'équipe pluridisciplinaire.

Dans le cas de la nécessité de mise en place de mesures liberticides, il sera procédé à un échange avec le résident, la personne de confiance en vue de proposer une annexe au contrat de séjour qui sera remise en main propre, contre décharge, tant au résident qu'à la personne de confiance, à son représentant légal. Sauf cas de force majeure, les mesures ne seront appliquées qu'après un délai de 30 jours (délai de 15 jours de prise de connaissance suivi d'un entretien avec le directeur ou autre personne déléguée lui-même suivi d'un délai de réflexion de 15 jours).

L'admission du résident est décidée par la Direction qui prend l'avis du médecin coordonnateur et de l'infirmière coordinatrice *Il est à noter qu'une demande à l'aide sociale n'a aucune influence sur une admission. En conséquence, il est demandé à la famille de signaler, dès les premiers contacts, si un dossier sera déposé ou est déjà en cours d'instruction. Les conditions de suivi et de facturation seront, de ce fait intégrées dans notre procédure.*

Une période d'observation d'un mois permet de déterminer la capacité d'intégration du résident et la conformité de son état de santé en regard des pièces médicales fournies lors de l'admission. Durant cette période, les deux parties peuvent mettre un terme à leur engagement immédiatement sans indemnité.

III. II. CONDITIONS DE SEJOUR

Le résident a le droit de s'opposer à ce que sa présence dans l'établissement soit signalée de quelque façon que ce soit. Il doit le faire par écrit auprès de la Direction qui, dès réception, signalera l'expression de la volonté du résident à l'ensemble du personnel, afin de ne pas inscrire son nom sur le tableau de présence, de ne pas communiquer par téléphone ou par écrit des informations pouvant conduire à signaler sa présence, en un mot, de préserver son anonymat.

Sauf opposition formelle, il autorise l'usage interne des photographies et vidéos prises au cours de ses activités au sein de l'établissement y compris pour le site internet de l'établissement.

Les EHPAD ont aussi pour mission de proposer et dispenser « des soins médicaux et paramédicaux adaptés » ainsi que des actions de prévention et d'éducation à la santé et d'apporter « une aide à la vie quotidienne adaptée ».

Ils doivent également mettre en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance, un projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies.

Dans cet esprit, le résident disposera d'une chambre comportant un lit médicalisé avec confort sanitaire, bénéficiera de l'accès et de l'utilisation des parties communes (salle de restaurant, salon, salle de télévision ...) ainsi qu'aux parties extérieures.

Les chambres sont équipées de branchement pour téléviseur et téléphone, et toutes disposent d'une sonnette d'appel. Les appareils électriques : télévision, radio, etc. apportés par le résident doivent être en bon état de fonctionnement. Il pourra être procédé ultérieurement au retrait des divers apports mobiliers selon les capacités du résident et des risques présentés par leur usage.

Le résident doit disposer d'une assurance responsabilité couvrant notamment les dégâts occasionnés par son matériel et/ou les risques qui pourraient être causés par lui lors de ses sorties de l'établissement.

Le résident doit :

- se conformer au règlement de fonctionnement qui lui est remis avec le présent contrat,
- s'interdire de fumer dans l'ensemble de l'établissement y compris sa chambre, le jardin est à sa disposition, le personnel l'assistera dans son déplacement,
- respecter la tranquillité des autres résidents, notamment en modérant le son du téléviseur ou poste de radio,
- conserver, sans les dégrader, les parties privatives mises à sa disposition selon l'état des lieux initial,
- s'interdire d'entreposer des produits dangereux et/ou inflammables, de jeter des objets par les fenêtres,
- éviter de déverser dans les lavabos et WC des produits susceptibles d'obstruer les canalisations,
- ne pas utiliser de bougie, de couverture chauffante, de fer à repasser, de plaque chauffante ou d'appareils de chauffage d'appoint, ou tout autre appareil électrique
- ne pas accrocher des objets aux murs sans accord du service technique de l'établissement
- ne pas disposer d'oreillers, de couettes, de rideaux, de mobilier ne correspondant pas aux normes anti-feu (demander conseil au responsable technique)

Il est à noter que le résident doit permettre, au personnel et à toute personne chargée des soins, de l'entretien ou de travaux, l'entrée et le libre accès de son logement.

Le résident doit occuper personnellement la chambre mise à sa disposition. Il ne pourra héberger aucune autre personne quel que soit le lien de parenté ou d'amitié, sauf autorisation expresse donnée par la Direction. Aucune cession ne peut être effectuée à un tiers des droits inhérents au présent contrat. Aucune activité rémunérée ne peut être exercée à l'intérieur de l'établissement.

III. TARIFICATION

3.1. Socle minimal de prestations :

L'établissement s'engage dans une démarche d'accueil de la personne garantissant les meilleures conditions de vie et d'accompagnement, conformément à la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Dans ce cadre il s'engage, selon le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015, à fournir un socle minimal de prestations (sans facturation supplémentaire) :

Prestations d'accueil hôtelier :

- Mise à disposition de la chambre individuelle et des locaux collectifs ;
- Accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo et des toilettes ;
- Fourniture de fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement ;
- Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD ;
- Entretien et nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ;
- Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;
- Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre ;
- Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans toute ou partie de l'établissement.

Prestations de restauration :

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

Prestations de blanchissage :

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

Prestation d'animation de la vie sociale :

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

3.2. Tarification prestations supplémentaires :

Les prestations qui engendrent une facturation supplémentaire par le prestataire concerné (le paiement ne transite pas par l'établissement) et ne sont réalisés que sur demande du résident et/ou de son référent familial :

- supplément mobilier,
- frais médicaux et honoraires du médecin référent et des intervenants paramédicaux,
- branchements et communications téléphoniques,
- repas des invités (facturation à part),
- déplacements privés ou destinés à des consultations extérieures de spécialistes ou de paramédicaux,
- les médicaments prescrits non remboursés,
- les investigations biologiques courantes, les actes de radiologie simples non remboursés,
- communications téléphoniques à l'accueil, photocopies, ...
- coiffure, pédicure, esthéticienne,....

L'établissement a la possibilité de facturer des prestations supplémentaires à condition que celles-ci soient annexées au présent contrat et validées par le Conseil d'Administration, les Autorités de Tutelle et soumises pour avis, au Conseil de la Vie Sociale ou proposées dans le cas d'autres formes de participation (institution de groupes d'expression, organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies, mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction).

3.3. Les différents tarifs :

En application de la loi 90-600 du 6 juillet 1990 et des décrets du 26 avril 1999 et de l'arrêté relatif à la dépendance dans les établissements sociaux et médico-sociaux, il est appliqué un **tarif d'hébergement**, un **tarif de dépendance** et un **tarif de soins**.

Tarif hébergement

Le tarif hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies. Ce prix de journée est à la charge du résident. Ce prix est déterminé annuellement par le Conseil Départemental, et diffère en fonction de l'établissement.

Les résidents peuvent, en fonction de leurs revenus, bénéficier de l'allocation logement octroyée par la Caisse d'Allocations Familiales du Département ou par la Mutualité Sociale Agricole.

Tarif dépendance

Le tarif dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôteliers et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance. Ce prix de journée est à la charge du résident ou du Conseil Départemental dans le cadre de l'A.P.A.

La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 a instauré, pour le résident classé en GIR 1 & 2 et en GIR 3 & 4, une allocation en faveur des personnes âgées appelée Allocation Personnalisée à l'Autonomie (A.P.A.). Cette allocation permet aux résidents remplissant les conditions prévues par la loi, de couvrir, en partie, le tarif dépendance (déduction faite du ticket modérateur applicable au GIR 5 & 6). Cette aide est versée directement à l'établissement pour les résidents dont le domicile antérieur est en Haute-Savoie. Pour les résidents issus d'autres départements, l'aide leur sera versée directement mais facturée du montant correspondant au GIR au résident.

Le tarif dépendance tient compte du classement du résident par le médecin coordonnateur et l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement selon la grille AGGIR. Une évaluation, chaque année avant le 1er octobre, du degré d'autonomie permettra une révision éventuelle du GIR du résident.

Le résident âgé de moins de 60 ans (sur dérogation accordée par le Conseil Départemental) paie un prix de journée hébergement spécifique et est exonéré du tarif dépendance ; il ne peut donc prétendre à l'A.P.A.

Tarif soins

Le tarif soins, dénommé partiel, en application des articles R. 314-162 et R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles, nonobstant l'application des dispositions prévues à l'article R. 314-168, recouvre :

- Les charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et aux fournitures médicales;
- Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant les soins y compris celles prévues à l'article R. 314-164;
- L'amortissement du matériel médical dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales ;
- Les forfaits journaliers mentionnés à l'article R. 314-207.

Ce tarif est pris en charge par l'établissement dans le cadre d'un budget spécifique. En revanche, tout acte médical ou lié à une prescription spécifique (grippe par exemple) sera pris en charge, par le résident, au travers de l'organisme social et, éventuellement, de sa mutuelle.

IV. REVISION TARIFAIRE

L'établissement fixe son prix d'hébergement, dans le cadre des dispositions contenues dans la loi 90-600 du 6 juillet 1990 et des décrets du 26 avril 1999 modifiés.

Les tarifs dépendance et hébergement sont arrêtés par le Président du Conseil Départemental qui en fixe chaque année, les modalités sur proposition de l'établissement. La révision est effectuée annuellement le 1er janvier, mais applicable dès la parution de l'arrêté.

En attente de la fixation de la révision tarifaire qui peut intervenir après le 1er janvier, le prix appliqué sera celui de l'année précédente. Néanmoins, dès connaissance des nouveaux

tarifs, l'établissement sera autorisé à facturer le nouveau coût qui intègre le lissage sur les mois restants.

Dans le cas où le Conseil Départemental ne reprend pas, dans son nouveau tarif, le retard pris sur la facturation, l'établissement sera fondé à répercuter, à titre de rétroactivité, la différence entre anciens et nouveaux tarifs. Cette facturation pourra s'effectuer soit par rattrapage sur le mois qui suit la fixation par les autorités, soit en étalant sur l'ensemble des mois restants de l'année.

Le résident et/ou son référent familial est informé du changement chaque année des nouveaux tarifs applicables par écrit.

V. FACTURATION

Chaque facture comprend l'identité du résident, le détail des prestations utilisées, la somme totale à payer. Cette facture doit être réglée à terme échu, par prélèvement automatique.

A l'entrée du résident, il sera demandé un chèque de caution encaissable correspondant à un mois de 30 jours des frais de séjour.

En cas de demande d'aide sociale :

Compte tenu des délais et de l'incertitude quant à la décision prise par les services du Département, l'établissement est autorisé, par décret, à exiger, lors de l'admission, la remise des titres de retraite et pension ou une délégation de paiement des revenus de l'intéressé au profit de l'établissement. Une régularisation sera effectuée au moment de la décision d'aide. Si le résident n'est pas objectivement en mesure d'assurer la prise en charge de ses frais de séjour, il y contribue à hauteur de l'intégralité de ses revenus déduction faite de 10 % conservés par le résident avec un minimum fixé annuellement par le Conseil Départemental.

En cas de refus ou d'ajournement sine die de la demande d'Aide Sociale, l'établissement est fondé à recourir aux cautions solidaires, signées lors de l'admission, si elles n'ont encore été actionnées, afin de compléter les revenus effectifs du résident en regard des frais de séjour dus (hébergement et dépendance). Tant que l'Aide Sociale ne sera pas acceptée, les cautions solidaires seront tenues de respecter leurs engagements, à défaut, l'établissement fera valoir ses droits par tout moyen y compris la résiliation dudit contrat de séjour.

En cas d'acceptation ultérieure de l'aide sociale, les sommes dues par les obligés alimentaires, par la décision de la Commission, seront alignées, sans possibilité de révision rétroactive des engagements pris et des sommes encaissées.

Dans certaines situations bloquant l'instruction du dossier par le Conseil Départemental, l'établissement sera amené à recourir au Juge des Affaires Familiales. Le directeur dépose immédiatement un mémoire en requête devant la juridiction compétente afin de faire fixer et répartir les obligations alimentaires. Dès que le jugement est rendu, l'établissement demande au Trésorier de procéder, sans délai, au recouvrement par tous les moyens de droit à sa disposition.

Dans le cas de l'Aide Sociale, l'Allocation Logement doit être reversée intégralement.

VI. RESERVATION

Dans le cadre d'une réservation éventuelle, le tarif d'hébergement sera facturé pour la période prévue, duquel est déduit le forfait alimentaire journalier.

En cas de désistement aucun remboursement n'est pratiqué (sauf cas de décès) et ce, sur la base des jours réservés restant à courir après la date de décès.

VII. RESPONSABILITE ET ASSURANCE

Le résident bénéficie, dans l'établissement, d'une assurance responsabilité civile.

Toutefois, les biens des résidents sont couverts par une clause " dépositaire " pour un montant égal à deux fois le plafond de la sécurité sociale.

Dans le cas où les biens du résident seraient supérieurs à ce plafond, le résident doit souscrire une multirisque habitation couvrant la valeur particulière de ses biens.

En outre, le résident doit souscrire une assurance responsabilité civile destinée à couvrir les risques liés à ses apports matériels (implosion du téléviseur, par exemple), mais également pour les conséquences d'un dommage occasionné par le résident à l'extérieur de l'établissement.

Si vous possédez encore un ou des biens immobiliers, vous devez conserver l'assurance couvrant ceux-ci.

VIII. MAINTIEN DANS LES LIEUX

L'établissement, conformément à la loi du 2 janvier 2002 relative aux Institutions Sociales et Médico-sociales, a une vocation sociale. Il participe de fait à la mission publique de protection des personnes âgées. Il est le substitut du domicile du résident. Il lui procure la stabilité du logement et de la prise en charge, ainsi que l'assurance d'une considération bienveillante.

En conséquence, à l'exclusion des motifs susceptibles d'entraîner la rupture du contrat, le résident a droit au maintien dans les lieux.

Ce droit est cependant soumis à certaines modalités ci-dessous énoncées :

Hospitalisation du résident :

L'établissement garde la chambre du résident pendant son hospitalisation.

Le tarif dépendance n'est plus facturé dès le premier jour d'absence.

Après 72 heures d'hospitalisation, un montant équivalent au forfait journalier hospitalier est déduit du prix de journée hébergement. Cette déduction est portée sur la facture du résident. Toutefois, la déduction du montant du forfait hospitalier peut être autorisée par la commission d'admission au titre de dépense régulière dans les conditions prévues par l'article 3, s'il n'est pas pris en charge par la mutuelle du bénéficiaire.

Si le vœu du résident et/ou de sa famille, est de conserver la chambre, malgré la durée de l'hospitalisation, au-delà du 35ème jour, il sera appliqué le plein tarif. Dans le cas contraire, l'établissement disposera de la chambre.

Pour le résident pris en charge par l'Aide Sociale, les frais d'hébergement restent intégralement dus pendant un nombre de jours consécutifs d'hospitalisation déterminé par le Conseil Départemental dont vous dépendez (votre domicile dit « de secours » sert de base pour identifier le département qui prendra en charge votre aide sociale). En contrepartie, le forfait journalier hospitalier est pris en charge par l'établissement. Les bénéficiaires de l'article 115 ne bénéficient pas de cette déduction du fait de leur exonération du forfait journalier hospitalier. Il est à noter qu'en cas d'hospitalisation supérieure à 30 jours consécutifs, le bénéfice de l'aide sociale est retiré sauf accord de prolongation de 30 jours du médecin conseil du Conseil Départemental. En conséquence, l'hospitalisation d'une durée supérieure à 60 jours impose l'instruction d'une nouvelle demande d'aide sociale.

Absences volontaires :

Le résident peut s'absenter pour raisons personnelles sous réserve que l'établissement soit prévenu au moins 48 heures à l'avance, la chambre est réservée. Toutefois, une absence inférieure ou égale à 72 heures est considérée comme une permission, donc facturée. L'absence peut être supérieure à 72 heures, dans ce cas, elle devient un congé dès le premier jour.

Dans ce cas, le tarif dépendance n'est plus appliqué dès le premier jour d'absence. Le tarif hébergement, après 72 heures d'absence, est diminué du forfait alimentaire.

Si le résident s'absente pour un repas, il ne sera pas déduit de la facturation mensuelle.

Changement de chambre :

L'établissement après accord de l'équipe soignante, pourra décider de transférer un résident dans une autre chambre si l'évolution de sa pathologie, des problèmes d'agitation, de contagion se présentent.

Il est à noter que toute résiliation, pour quelque cause que ce soit, devra faire l'objet d'un écrit auprès de la direction de l'établissement. Aucune résiliation ne peut être orale.

IX. SUIVI MEDICAL

Le résident, ne souhaitant pas informer ses proches de son état de santé et de ses rendez-vous médicaux, doit le signaler par écrit à la Direction. Il garde le libre choix, qu'il soit pris ou non en charge par son organisme de sécurité sociale, de son médecin traitant référent, de son spécialiste ou de tout intervenant de santé extérieur et de son pharmacien ou de son laboratoire d'analyses (sauf conventions spécifiques contraires, voir ci-dessous).

Toutefois, en cas d'urgence, l'établissement sera amené à faire intervenir le médecin coordonnateur, par substitution au médecin référent, selon le décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 énumérant les missions du médecin coordonnateur, sans que le résident ou sa famille ou le représentant légal puisse modifier cette décision. Dans le cas contraire, l'établissement pourra s'opposer à l'entrée. Dans cet esprit, les ambulanciers référencés sont informés de cette disposition afin de ne pas prendre en charge de résident sans ce document.

Lorsque l'établissement est amené à passer des conventions particulières facilitant le fonctionnement interne, le résident ou son représentant accepte, sans restriction ni contestation, le professionnel qui sera sélectionné par l'établissement. Des stagiaires en formation peuvent accompagner le personnel lors des soins. Sur simple demande auprès du médecin ou du cadre soignant le résident peut refuser leur présence.

L'établissement devient le substitut du domicile du résident. Il doit donc mentionner l'adresse de l'établissement sur tous les documents destinés aux organismes de prise en charge, que les soins soient dispensés dans ou à l'extérieur de l'établissement. Le résident doit signaler son changement d'adresse auprès de la caisse d'assurance maladie du secteur dont dépend l'établissement.

X. RESPECT DES VOLONTES

En cas de fin de vie – Directives anticipées

Art L. 1111-11. – Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

« Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. »

« La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est posée à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches. »

«Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre 1^{er} du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut l'assister ni la représenter à cette occasion. »

A défaut de directives anticipées et en cas de désignation d'une personne de confiance, celle-ci sera impérativement interrogée par le médecin avant toute décision médicale. Il en sera de même avec la famille.

En cas de décès :

La famille, le mandataire de protection future ou le représentant légal du résident sont immédiatement informés. Les volontés exprimées par le résident, sous enveloppe cachetée déposée dans le dossier administratif, seront scrupuleusement respectées. Si, toutefois, aucune volonté n'a été notifiée à l'établissement, les mesures nécessaires seront prises avec l'accord de la famille.

Dans ce cadre délicat, il est souvent conseillé de souscrire un contrat obsèques afin d'éviter tout litige sur les dernières volontés.

XI. CONDITIONS DE RESILIATION

11.1. Résiliation à l'initiative du résident

A l'initiative du résident ou de son représentant, le présent contrat peut être résilié à tout moment.

Notification en est faite à la Direction de l'établissement par lettre recommandée contre récépissé ou par lettre recommandée avec accusé de réception et moyennant un préavis de 15 jours, calculé à partir de la date de réception par l'établissement. Il bénéficie d'un délai de réflexion de 48 heures afin de revenir éventuellement sur sa décision.

Le logement est libéré au plus tard à la date prévue pour le départ.

11.2. Résiliation à l'initiative de l'établissement

a- Le résident ne s'acquitte pas de ses frais de séjour

Le Trésorier informe régulièrement l'établissement des arriérés des résidents. L'établissement, après intervention auprès du résident, s'efforce d'informer la famille, le mandataire de protection future, le tuteur ou le mandataire judiciaire de protection de la personne majeure, de la situation.

A défaut de régularisation, le Trésorier met en place le recouvrement desdits arriérés en agissant notamment contre les cautions et/ou les obligés alimentaires.

b- Le résident contrevient de manière répétée au règlement de fonctionnement

L'établissement informe le résident de ses manquements. En cas de poursuite de ses agissements, l'établissement adresse au résident ou au mandataire de protection future, au tuteur ou au mandataire judiciaire de protection de la personne majeure, une lettre recommandée avec accusé de réception, informe le Conseil de la Vie Sociale, et peut résilier le contrat 30 jours après réception de la sommation. Les frais de séjour seront intégralement dus pendant cette période et jusqu'au jour du départ.

c- L'établissement estime que le placement n'est plus adapté au résident

La vocation de l'établissement est d'accompagner la dépendance dans la mesure de ses moyens. En cas de problèmes aggravés de santé, après concertation avec le résident, sa famille ou le mandataire de protection future, le tuteur ou le mandataire judiciaire de protection de la personne majeure et les professionnels médicaux et sociaux de l'établissement, un autre placement, qui requiert l'accord de tous, est recherché.

En cas d'urgence, le directeur est habilité pour prendre toutes mesures appropriées avec l'avis du médecin référent et/ou du médecin coordonnateur.

d- Le décès du résident

Cette situation justifie la rupture du contrat et la libération de la chambre, selon certaines modalités.

La facturation sera due sur la base du tarif hébergement, diminuée du tarif alimentaire tant que la chambre ne sera pas libérée de tout le mobilier et effets personnels du résident. Les obligés alimentaires, la succession seront redevables de la créance.

En cas d'aide sociale, le département cesse toute prise en charge. En conséquence, tant que le logement n'est pas restitué, par les héritiers, vide de tous les effets et biens du résident, la chambre est considérée comme indisponible donc facturée à la succession et/ou des obligés alimentaires.

Après le transfert du corps, la chambre sera fermée.

Ces formalités devront, de préférence, être effectuées du lundi au vendredi avec le personnel administratif.

Les objets abandonnés par le résident suite à son départ ou son décès sont mis à disposition de l'établissement un an après la sortie.

Les frais d'inhumation sont à la charge de la famille ou des héritiers si les biens du défunt n'y suffisent pas (*Cass.civ.1 , 14 mai 1992, pourvoi n°90-18-967*).

En cas de prise en charge à l'Aide Sociale, les frais d'obsèques sont supportés par la collectivité dans la limite de 1/24 è de plafond annuel retenu pour le calcul des cotisations de sécurité sociale (soit environ 1 200 €).

Dans tous les cas énumérés ci-dessus,

- ❑ Il appartient au résident, au mandataire de protection future, au tuteur ou au mandataire judiciaire de protection de la personne majeure, à la famille de restituer les clés de la chambre, d'assurer le changement d'adresse auprès des services postaux, d'informer les caisses de retraite, de solder l'ensemble des frais non réglés.
- ❑ Dans le cas de travaux rendus nécessaires, suite à une dégradation causée par le résident, la facturation du tarif hébergement restera due tant que la chambre ne sera pas remise en état. Les travaux seront évalués sur la base d'un devis établi par un ou des professionnels requis par le type de dégâts.
- ❑ **Dans le cas où la chambre ne serait pas libérée totalement de son contenu meublant, une facturation spécifique de 400 € sera effectuée.** Elle est destinée à couvrir les frais de transfert à : déchetterie, encombrants, œuvres caritatives, etc. La facturation sera alors arrêtée à la date de la libération par nos services.

Un exemplaire du contrat signé est remis au résident ou à son représentant (famille, tuteur) qui déclare recevoir et avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et de la fiche tarifaire en vigueur au moment de l'admission.

En cas de contestation, seul le tribunal administratif ou civil du lieu dont dépend l'établissement sera compétent.

Fait en deux exemplaires originaux, à Cruseilles, le ___ / ___ / _____

Signature du Directeur,

Fait à _____ le ___ / ___ / _____

Signature du Résident et/ou son Représentant légal
"Lu et approuvé" + paraphe de chaque page

Fait à _____ le ___ / ___ / _____

Signature du Référent Administratif
"Lu et approuvé" + paraphe de chaque page

Fait à _____ le ___ / ___ / _____

ANNEXE

- 1 - Etat des lieux à l'entrée
- 2 - Etat des lieux à la sortie
- 3 - Acte de cautionnement solidaire
- 4 - Personne de confiance
- 5 - Référent administratif et coordonnées proches
- 6 - Accord pharmacien de l'établissement
- 7 - Désignation pharmacien
- 8 - Consentement éclairé – entrée en EHPAD
- 9 - Projet individuel du Résident
- 10 - Droit à l'image
- 11 - Recueil soins dentaire

ANNEXE 1 - ETAT DES LIEUX A L'ENTREE

Chambre n°:

ETAT

	Excellent	Bon	Moyen	Insuffisant
Sols				
Murs.....				
Plafonds.....				
<u>Equipement général :</u>				
Prises électriques.....				
Prise(s) de télévision				
Radiateurs.....				
Volets.....				
Penderies.....				
<u>Equipement sanitaire :</u>				
Lavabo.....				
Robinetterie.....				
WC.....				
Miroir.....				
<u>Equipement spécialisé :</u>				
Sonnette d'appel.....				
Barre d'appui.....				
Lit médicalisé.....				

Cet état des lieux a été établi contradictoirement entre :

Mr et/ou Mme, Résident(e)

Ou M/Mme....., Représentant Légal

et M/Mme, Représentant l'établissement

Les co-signataires reconnaissent avoir reçu un exemplaire du présent état des lieux.

Fait à _____ le ____ / ____ / _____

Signature des deux parties :

ANNEXE 2 - ETAT DES LIEUX A LA SORTIE

Chambre n° :

ETAT

	Excellent	Bon	Moyen	Insuffisant
Sols				
Murs.....				
Plafonds.....				
<u>Equipement général :</u>				
Prises électriques.....				
Prise(s) de télévision				
Radiateurs.....				
Volets.....				
Penderies.....				
<u>Equipement sanitaire :</u>				
Lavabo.....				
Robinetterie.....				
WC.....				
Miroir.....				
<u>Equipement spécialisé :</u>				
Sonnette d'appel.....				
Barre d'appui.....				
Lit médicalisé				

Cet état des lieux a été établi contradictoirement entre :

Mr et/ou Mme, Résident(e)

Ou M/Mme....., Représentant Légal

et M/Mme, Représentant l'établissement

Les co-signataires reconnaissent avoir reçu un exemplaire du présent état des lieux.

Fait à _____ le ____ / ____ / _____

Signature des deux parties :

ANNEXE 3 – ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

EHPAD du SALEVE - 62 rue des FRERES - 74350 CRUSEILLES
EHPAD des GLIERES - 200 route du Château – 74570 GROISY

- ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

(articles 2011 à 2043 du Code Civil)

Caution signataire du présent engagement

NOM et Prénom :

Domicile :

.....

A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance (selon le GIR) applicable à M

est de (somme en toutes lettres) :

.....

.....

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Général.

Après avoir pris connaissance du Contrat de séjour et du Règlement de fonctionnement, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations du résident qui résultent du Contrat de séjour et du Règlement de fonctionnement pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du Contrat de séjour.

La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main la mention ci-après :

“Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion ni de division pour les obligations nées au cours de l'exécution du Contrat de séjour et résultant de ce Contrat de séjour et du Règlement de fonctionnement :

Pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général et révisables unilatéralement sous réserve d'en avoir été informé,

Pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR de la personne âgée, si cette dernière ne peut bénéficier de l'APA.”

Mention manuscrite :

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

Fait à..... le ____ / ____ / _____

La caution

Signature précédée de la mention

“lu et approuvé pour caution solidaire”

Le Directeur de l'EHPAD

Signature précédée de la mention

“lu et approuvé, bon pour acceptation”

ANNEXE 4 – PERSONNE DE CONFIANCE

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

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

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

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

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

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

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

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

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

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

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

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient. La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas d'une contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, **son témoignage l'emportera.**

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

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

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

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'[art 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'[art 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

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

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Fonction à l'EHPAD SALEVE-GLIERES : _____

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

Nom et prénom : _____

Né(e) le ___ / ___ / ____ à _____

Attestation signée à _____, le ___ / ___ / ____

**Signature du Directeur
ou de son représentant**

Cosignature de la personne accueillie

ANNEXE 5 – REFERENT ADMINISTRATIF

Désignation du **Référent Administratif** :

Le référent administratif (1 seul par résident) est l'interlocuteur principal entre l'établissement et la famille pour tous les points suivants : information en cas d'hospitalisations, de décès, frais de séjour, courriers divers ... Il sera ensuite chargé de transmettre les informations reçues aux autres membres et proches du résident.

Nom du référent administratif pour M/Mme :

.....

Lien de parenté :.....

Coordonnées des proches pouvant être contactés :

Par ordre de priorité, préciser les noms, adresses, téléphones, mails, liens de parenté des proches susceptibles d'être contactés :

En cas de décès la nuit :

En cas de décès survenu la nuit, souhaitez vous être contacté par l'établissement :

OUI ou NON

Si OUI, nom et numéro de téléphone de la, personne à contacter : __/__/__/__/__

Nom – Prénom _____

ANNEXE 6 - ACCORD PHARMACIEN DE L'ETABLISSEMENT

Document obligatoire à remettre au secrétariat

L'EHPAD SALEVE-GLIERES a signé une convention avec la pharmacie d'officine suivante :

**Pharmacie du Soleil, Représentée par M. Lionel FRANCOIS
Située au 47 Rue des Voirons – 74100 VILLE LA GRAND**

L'établissement et la pharmacie susnommée ont choisi un « système » qui propose un service complet qui trace les médicaments et qui assure un suivi individualisé des résidents, de la préparation en pharmacie jusqu'à la distribution au sein de l'établissement. Cette nouvelle dispensation intègre la préparation éventuelle des doses à administrer et sécurise l'administration des médicaments au résident.

Dans le cadre de ce service, les informations concernant les prescriptions de médicaments font l'objet d'un traitement informatique. Les destinataires de ces données sont le personnel de l'établissement et la pharmacie d'officine. La pharmacie centralise les données sur ses serveurs et réalise des études statistiques anonymes à des fins d'amélioration de la qualité. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 Janvier 1978, le résident ou son représentant bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent, il doit s'adresser au directeur de l'établissement ou à la pharmacie d'officine.

Le résident ou son représentant déclare en conséquence des informations qui précèdent :

- Accepter la dispensation de tout médicament par la pharmacie d'officine susnommée et partenaire de l'établissement,
- Souhaiter la préparation éventuelle des doses à administrer sur prescription de son médecin traitant ou du médecin coordonnateur de l'établissement,
- Demander la destruction à l'officine de ses médicaments éventuellement non utilisés
- Autoriser le traitement des données informatiques les concernant par la pharmacie dans le respect du secret professionnel.

Le résident ou son représentant atteste qu'il souscrit à ce service de haute qualité à titre gracieux, en conservant le libre choix de sa pharmacie d'officine.

Fait à, le ___ / ___ / ____

Signature

En cas d'impossibilité pour la personne de compléter ce document, le référent doit en

indiquer la raison :

.....

Nom du référent et signature :

ANNEXE 7 - DESIGNATION PHARMACIEN

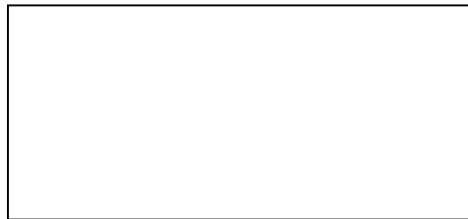
Document obligatoire à remettre au secrétariat si vous souhaitez prendre une pharmacie différente de celle ayant signée une convention avec l'EHPAD

J'ai pris connaissance de la convention entre l'EHPAD Salève-Glières et la pharmacie du Soleil de Ville-la-Grand pour la délivrance des produits de santé (médicaments et produits de soins), mais je choisis de prendre mes médicaments dans une pharmacie différente. J'assume par conséquent d'aller chercher mes médicaments (ou de confier cette mission à un proche) et de les préparer, ce qui présume d'en prendre la responsabilité au niveau de la sécurité du circuit du médicament

Nom de la pharmacie désignée :

Fait à, le ____ / ____ / ____

Signature



En cas d'impossibilité pour la personne de compléter ce document, le référent doit en indiquer la raison :

.....

Nom du référent et signature :

ANNEXE 8 - CONSENTEMENT ECLAIRE – entrée en EHPAD

Document obligatoire à remettre au secrétariat avant l'entrée dans l'établissement

Je reconnais avoir reçu toute l'information souhaité, et avoir disposé de suffisamment de temps pour réfléchir, demander conseil, et au besoin m'être fait expliquer le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement de l'EHPAD Salève-Glières. J'ai pris connaissance de ces documents expliquant ma prise en charge, le fonctionnement, les règles de vie en collectivité...

J'ai pu également poser toutes les questions que je souhaitais.

J'accepte mon entrée dans l'établissement sachant que je pourrai décider d'interrompre mon contrat si je le souhaite.

Fait à, le ____ / ____ / ____

Signature



En cas d'impossibilité pour la personne de compléter ce document, le référent doit en indiquer la raison :.....

.....

Nom du référent et signature :

ANNEXE 9 - PROJET INDIVIDUEL DU RESIDENT

Cet avenant est établi par l'équipe pluridisciplinaire avec l'aide du résident. Il détaille le projet individuel du résident et les objectifs qu'il s'est fixé. Il est présenté et remis 2 après l'entrée du résident dans l'établissement

ANNEXE 10 – DROIT A L'IMAGE



AUTORISATIONS DE DROIT A L'IMAGE

(diffusion, publication, reproduction)

Je soussigné(e) (NOM ; Prénom):.....

Demeurant :.....

autorise gracieusement pour mon proche :

(NOM ; Prénom):.....

L'EHPAD du Salève à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques.

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise l'EHPAD du Salève et les journalistes à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies, vidéos ou captations numériques prises.

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par l'EHPAD sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, supports d'enregistrement numérique, exposition, projection publique, réseaux sociaux.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je me reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à : Le ___ / ___ / _____

Signature (Faire précéder les signatures de la mention « Lu et Approuvé »)

ANNEXE 11 – RECUEIL SOINS DENTAIRE



IMPORTANT :

LE CONSENTEMENT EST RECUEILLI IMPERATIVEMENT AVANT LE DEBUT DES SOINS

LE PARTIE À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR LE PATIENT / LE TUTEUR ou d'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Résident :

Mme ou M.

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM(S) :

Né(e) (J/M/A) le ___ / ___ / _____ à (ville)

Dans le cadre des actions de préventions de la santé buccodentaire, les résidents pourront être amenés à bénéficier de dépistage bucco-dentaire et de soins.

Je confirme accepter ces soins.

Je suis informé(e) que je peux renoncer en retirant mon consentement à tout moment.

Fait à, le ___ / ___ / _____

Signature (du patient, du tuteur ou de la famille)
précédée de la mention manuscrite « Lu, approuvé et compris »