



**EHPAD** Jean Périquier

- Exempleire Etablissement  
 Exempleire résident

## CONTRAT DE SÉJOUR

**E.H.P.A.D. Jean Périquier**  
**174 rue Jacques Bounin**  
**34 070 Montpellier**

V0	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9
	10/06	04/13	03/14	03/17	10/21				

Ce document est une version 4, qui tient compte des modifications introduites par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, du décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L311-4 du code de l'action sociale et des familles, du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et du décret n° 2010-1731 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD.

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

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

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

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

Le contrat de séjour prévoit :

- les conditions et les modalités de sa résiliation ou de sa révision ou de la cessation des mesures qu'il contient ;
- la définition avec l'usager ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge ;
- la mention des prestations d'action sociale ou médico-sociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat dans l'attente de l'avenant mentionné au septième alinéa du présent article ;
- la description des conditions de séjour et d'accueil ;
- selon la catégorie de prise en charge concernée, les conditions de la participation financière du bénéficiaire ou de facturation, y compris en cas d'absence ou d'hospitalisation ;

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

Conformément à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, le contrat de séjour est conclu avec la participation de la personne hébergée. En cas de mesure de protection juridique, les droits de la personne hébergée sont exercés dans les conditions prévues par le code civil pour les majeurs protégés.

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

La personne hébergée a été informée huit jours au moins avant cet entretien de la possibilité de désigner une personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1. A cet effet, lui a été remis une notice d'information établie conformément au modèle fixé en annexe du décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016, avec des explications orales adaptées à son degré de compréhension. La délivrance de l'information sur la personne de confiance est attestée par un document daté et signé par le directeur de l'établissement ou son représentant et la personne hébergée et, le cas échéant, son représentant légal. Une copie du document est remise à ces derniers.

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.

# SOMMAIRE

<b>I. CONTRACTANTS.....</b>	<b>5</b>
<b>II. DÉFINITION AVEC LA PERSONNE HÉBERGÉE ET SON REPRÉSENTANT LÉgal LE CAS ECHEANT DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>5</b>
<b>III. CONDITIONS D'ADMISSION.....</b>	<b>5</b>
<b>IV. DURÉE DU SÉJOUR .....</b>	<b>6</b>
<b>IV. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT .....</b>	<b>6</b>
4.1 Prestations d'administration générale.....	6
4.2 Prestations d'accueil hôtelier.....	7
4.3 Prestation de restauration .....	8
4.4 Prestation de blanchissage.....	8
4.5 Prestation d'animation de la vie sociale .....	8
4.6 Autres prestations .....	9
4.7 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne .....	9
4.8 Soins et surveillance médicale et paramédicale .....	9
<b>V. COÛT DU SÉJOUR.....</b>	<b>10</b>
5.1 Frais d'hébergement .....	11
5.2 Frais liés à la perte d'autonomie .....	11
5.3 Frais liés aux soins .....	11
<b>VI. CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION .....</b>	<b>12</b>
6.1 Hospitalisation.....	12
6.2 Absences pour convenances personnelles .....	12
6.3 Facturation de la dépendance en cas d'hospitalisation ou d'absence pour convenance personnelle.....	12
6.4 Facturation en cas de résiliation du contrat .....	12
<b>VII. DELAI DE RETRACTATION, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT.....</b>	<b>13</b>
7.1 Délai de rétractation .....	13
7.2 Révision .....	13
7.3 Résiliation volontaire.....	13
7.4 Résiliation à l'initiative de l'établissement.....	13
7.4.1 Motifs généraux de résiliation .....	13
7.4.2 Modalités particulières de résiliation .....	14
7.5 Résiliation de plein droit .....	14
<b>VIII- RÉGIME DE SURETÉ DES BIENS ET SORT DES BIENS MOBILIERS EN CAS DE DÉPART OU DE DÉCÈS.....</b>	<b>15</b>
8.1 Régime de sûreté des biens .....	15
8.2 Biens mobiliers non repris après un départ ou non réclamés par les ayant-droits après un décès .....	15
8.2.1 Décès ou départ définitif de la personne hébergée à titre payant.....	15
8.2.2 Décès ou départ définitif de la personne hébergée au titre de l'aide sociale légale .	16

8.3 Certification de la délivrance d'informations sur le régime des biens .....	16
<b>IX. ASSURANCES .....</b>	<b>16</b>
<b>X. REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT .....</b>	<b>17</b>
<b>XI. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR.....</b>	<b>17</b>
<b><u>ANNEXE 1 Désignation de la personne de confiance .....</u></b>	<b>19</b>
<b><u>ANNEXE 2 Directives anticipées.....</u></b>	<b>25</b>
<b><u>ANNEXE 3 Désignation du référent familial .....</u></b>	<b>26</b>
<b><u>ANNEXE 4 Informations entourage et dispositions en cas de décès.....</u></b>	<b>28</b>
<b><u>ANNEXE 5 Différents formulaires .....</u></b>	<b>30</b>
<b><u>ANNEXE 6 information dépôt des biens.....</u></b>	<b>33</b>
<b><u>ANNEXE 7 Inventaire dépôts feints.....</u></b>	<b>34</b>
<b><u>ANNEXE 8 Acte de cautionnement solidaire .....</u></b>	<b>36</b>
<b><u>ANNEXE 9 Droit à l'image.....</u></b>	<b>39</b>
<b><u>ANNEXE 10 Formulaire de choix médecin traitant .....</u></b>	<b>40</b>
<b><u>ANNEXE 11 Formulaire de choix du kinésithérapeute .....</u></b>	<b>41</b>
<b><u>ANNEXE 12 Formulaire de choix du dentiste.....</u></b>	<b>42</b>
<b><u>ANNEXE 13 Formulaire de déclaration d'un ou plusieurs allergènes.....</u></b>	<b>43</b>

L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « Jean Périquier » de Montpellier est un établissement public social et médico-social autonome à caractère départemental.

Son habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale lui permet d'accueillir les personnes qui en font la demande et qui remplissent les conditions pour pouvoir en bénéficier.

Les personnes hébergées **hors département** peuvent faire une demande d'allocation personnalisée d'autonomie pour couvrir une partie des frais des tarifs journaliers dépendance **auprès de leur département d'origine**.

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

## I. CONTRACTANTS

Le présent contrat, établi en double exemplaire, définit les objectifs et la nature de la prise en charge de la personne hébergée à l'EHPAD « Jean Périquier ».

**Il est conclu entre :**

- **D'une part,**

Mme/M. ....  
né(e) le ..... à .....  
admis(e) à occuper une chambre dans l'EHPAD « Jean Périquier »,  
ci-après dénommé(e) « la personne hébergée »,

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

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

dénommé(e) le mandataire judiciaire (préciser tuteur, curateur, sauvegarde de justice; joindre la photocopie du jugement), habilitation familiale (joindre la photocopie du jugement) ou référent familial.

- **Et d'autre part,**

L'EHPAD « Jean Périquier » situé au 174, rue Jacques Bounin 34070 MONTPELLIER représenté par son directeur,

Il est convenu ce qui suit.

## II. DÉFINITION AVEC LA PERSONNE HÉBERGÉE ET SON REPRÉSENTANT LÉGAL LE CAS ECHEANT DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Les équipes de l'établissement travaillent en vue du maintien de l'autonomie de la personne hébergée et lui proposent un accompagnement individualisé.

Un avenant à ce contrat est établi dans les six mois suivant la signature du présent contrat afin de préciser les objectifs et les prestations adaptés à la personne hébergée. Ceux-ci sont actualisés chaque année.

## III. CONDITIONS D'ADMISSION

Les conditions d'admission dans l'EHPAD « Jean Périquier » sont précisées dans le règlement de fonctionnement de l'établissement annexé au présent contrat.

## IV. DURÉE DU SÉJOUR

Le présent contrat est conclu pour :

- une durée indéterminée à compter du .....
- une durée déterminée (hébergement temporaire dans la limite de 3 mois par année civile) du..... au ..... (Supérieure à 15 jours).

La date d'entrée de la personne hébergée est fixée par les deux parties. **L'hébergement temporaire pourra devenir définitif sous réserve des disponibilités de places et de la situation médicale ou paramédicale de la personne hébergée.**

**L'admission en secteur protégé dénommé « Plage » est précaire dans le temps et intimement liée au degré d'autonomie du résident accueilli. Un transfert en secteur ouvert sera prononcé si l'état de santé de la personne n'est plus adapté à ce secteur protégé après avis de l'équipe médicale et paramédicale.**

Cette date correspond, sauf cas de force majeure, à la date de départ de la facturation des prestations d'hébergement, même si la personne hébergée décide d'arriver à une date ultérieure. Dans ce dernier cas, un forfait dit de « réservation » (tarif hébergement diminué du forfait hospitalier) en vigueur sera appliqué jusqu'à la date d'entrée effective de la personne hébergée.

Toute prolongation de séjour temporaire devra faire l'objet d'une demande et d'un avenant signé par les parties contractantes.

## IV. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement de l'établissement sont définies dans le document "Règlement de fonctionnement" joint et remis au résident avec le présent contrat.

Les prestations ci-dessous énumérées sont assurées dans les conditions et les limites fixées par ce règlement de fonctionnement.

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

### **4.1 Prestations d'administration générale**

La gestion administrative de l'ensemble du séjour, l'élaboration et le suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ainsi que les prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale sont inclus dans le prix de journée.

Sont également inclus :

- Tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée, étant entendu que cette disposition n'implique pas que les transports soient pris en charge ;
- Eventuellement, 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.

## **4.2 Prestations d'accueil hôtelier**

Il est mis à disposition de la personne hébergée une chambre individuelle ou double, les locaux collectifs ainsi que tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD. **Le transfert de chambre en secteur ouvert sera réservé aux résidents le nécessitant pour des questions de sécurité ou médicales.** La personne admise en chambre double dans le cadre d'un couple pourra continuer à bénéficier de son usage sous réserve d'accepter la cohabitation avec une autre personne. Dans le cas contraire, il sera prononcé son admission en chambre individuelle dès que possible.

La chambre est dotée des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone. L'abonnement et les communications téléphoniques ainsi que la redevance TV sont à la charge du résident. L'ouverture au réseau WIFI est réservée à un usage professionnel.

Le résident peut personnaliser sa chambre dans la limite de la taille de celle-ci et dans le respect des règles de sécurité incendie et d'hygiène des locaux. Il peut amener des effets et du mobilier personnel s'il le désire. Les chambres sont équipées de mobilier adapté qui doit être conservé par le résident accueilli, les capacités limitées de stockage de l'établissement ne permettant pas de le stocker en dehors.

La personne hébergée a accès à une salle de bain individuelle et/ou collective comprenant à minima un lavabo, une douche et des toilettes.

Les produits d'hygiène tels que le savon, le shampoing, les produits de rasage, le parfum, le dentifrice, la crème hydratante ou tout autre produit pour le nettoyage des appareils dentaires ainsi que les brosses à dent sont à la charge des résidents et doivent être fournis régulièrement.

La fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement est à la charge de l'EHPAD.

L'établissement assure toutes les tâches d'entretien et de nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour de la personne hébergée, ainsi que l'entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs.

La maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts est également assurée par l'établissement.

La personne hébergée s'engage à respecter les locaux mis à sa disposition.

**Les résidents qui souhaitent installer une climatisation pourront le faire uniquement sur le secteur « Vivaldi » sous réserve de l'autorisation de la Direction et sous contrôle des services techniques. La climatisation sera laissée gracieusement à la disposition de l'établissement au départ du résident, la dépose n'étant pas permise, ni à l'occasion d'un changement de chambre. Certaines chambres sont équipées de systèmes de climatisation installés par les précédents occupants avec l'accord de la direction et laissés à titre gracieux au bénéfice des futurs résidents. L'utilisation par le résident de la climatisation reste de son libre choix, l'utilisateur ne pouvant exiger une remise en état d'un système défaillant. Par ailleurs, le résident devra conclure à sa charge un contrat d'entretien pour le système de climatisation, sous réserve que l'établissement ne puisse le proposer en interne par ses services techniques, s'il souhaite l'utiliser et en produire copie à l'administration de l'établissement.**

Il en est de même pour certains stores installés par les précédents occupants avec l'accord de la direction et laissés à titre gracieux au bénéfice des futurs résidents. L'utilisation par le résident reste de son libre choix, l'utilisateur ne pouvant exiger une remise en état rapide d'un système défaillant.

### **4.3 Prestation de restauration**

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

Les repas sont pris en salle de restaurant sauf si l'état de santé de la personne hébergée justifie qu'ils soient pris en chambre.

Les régimes alimentaires prescrits par ordonnance sont pris en compte.

La personne hébergée peut inviter les personnes de son choix au déjeuner et au dîner dans les limites des places disponibles en prévenant 48 heures à l'avance. Le prix du repas est fixé par le Conseil d'Administration et communiqué aux intéressés chaque année par affichage.

### **4.4 Prestation de blanchissage**

Lors de son admission, **le résident doit se munir du trousseau type**, de ses effets de toilette, du nécessaire de nettoyage des prothèses auditives et dentaires, des piles pour appareils auditifs, d'un étui à lunettes. Le document de trousseau type ne constitue pas un élément contractuel, seul le trousseau marqué par le prestataire pouvant être opposé.

Le linge plat et de toilette (draps, serviettes de toilette, serviettes de table...) est fourni, renouvelé et entretenu par l'établissement, sous réserve du choix du résident uniquement pour le linge de toilette.

L'entretien du linge personnel de la personne hébergée est inclus dans le tarif hébergement. Cette prestation est assurée par l'établissement dans les conditions précisées par le livret d'accueil.

Le linge personnel de la personne hébergée doit être identifié par ses soins ou sera marqué par l'établissement et renouvelé aussi souvent que nécessaire.

**Le marquage du linge est obligatoire, même en cas d'hébergement temporaire.** Tout complément de linge ultérieur doit être également marqué. Si le linge n'est pas marqué, il ne pourra pas être entretenu par l'établissement. **L'établissement n'assure pas l'entretien du linge délicat** tel que la laine, le rhovyl, la soie... Cet entretien est assuré par les familles si elles souhaitent conserver ce type de linge. Si le résident fait entretenir son linge à l'extérieur, il ne peut être opposé une demande de réduction des frais de séjour. Les travaux de couture sont à la charge du résident ou de sa famille. Le coût du marquage du linge est arrêté par délibération du Conseil d'Administration.

### **4.5 Prestation d'animation de la vie sociale**

Les actions d'animation collectives et autres activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ne donnent pas lieu à une facturation.



Pour certaines activités extérieures, une participation peut être demandée mais l'organisation en elle-même de ces activités extérieures n'est pas facturée.

#### **4.6 Autres prestations**

Le résident pourra bénéficier des services qu'il aura choisis (coiffeur, pédicure...) et en assurera directement le coût et la gestion des rendez-vous.

#### **4.7 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne**

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

Les aides qui peuvent être apportées à la personne hébergée 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 fournitures spécifiques à l'incontinence sont fournies par l'établissement et étudiées pour être les plus adaptées aux besoins des résidents.

Les autres déplacements à l'extérieur de l'établissement, notamment les consultations chez les médecins libéraux spécialistes ou dans les établissements de santé sont à la charge de la personne hébergée et de sa famille. Cette dernière sera informée des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser. Dans l'hypothèse où l'accompagnant ne peut pas se déplacer, la personne pourra être conduite, soit en véhicule sanitaire léger (si son état le permet), soit en ambulance à ses frais et sur prescription médicale.

#### **4.8 Soins et surveillance médicale et paramédicale**

L'établissement assure une permanence 24 heures sur 24 par la présence de personnels de nuit et d'un système d'appel malade.

Les informations relatives à la surveillance médicale et paramédicale ainsi qu'à la prise en charge des soins sont inscrites dans le règlement de fonctionnement remis à la personne hébergée lors de la signature du présent contrat.

Les mesures médicales et thérapeutiques individuelles adoptées par l'équipe soignante figurent au sein du dossier médical de la personne hébergée.

**L'établissement s'est engagé dans la sécurisation des soins et notamment du circuit du médicament.** Dans ce cadre, la préparation des doses à administrer a été confiée à une officine de ville qui en assure également la livraison à l'EHPAD. Cette préparation présente toutes les garanties en matière d'analyse pharmaceutique, de circuit et de traçabilité. Une convention conclue entre l'EHPAD et la pharmacie précise les modalités de ce partenariat.

Néanmoins, si le résident était amené à choisir une pharmacie différente de celle approvisionnant l'EHPAD, cette dernière devrait présenter des garanties strictement identiques en matière de préparation des doses à administrer et de livraison du traitement sur la base de la convention de partenariat mise en place avec l'officine actuellement présente.

L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur, chargé notamment :

- Du projet de soins, de sa coordination avec les prestataires de santé externes qui interviennent auprès des personnes hébergées par l'établissement : professionnels de santé libéraux, établissements de santé, secteur psychiatrique, services d'hospitalisation à domicile, etc
- De l'organisation de la permanence des soins, en particulier la nuit et le week-end,
- Des admissions : il donne son avis sur la possibilité d'admettre un nouveau résident en tenant compte des possibilités offertes par l'établissement ;
- Du dossier médical.

Enfin, en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, le médecin coordonnateur réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

La personne hébergée a le libre choix de son médecin traitant conditionné cependant à l'accord de ce dernier.

Sur prescription médicale, les prestations suivantes sont assurées sur place : pédicurie, kinésithérapie, orthophonie et séances de psychomotricité.

La notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance<sup>1</sup> est annexée au présent contrat de séjour.

La personne de confiance peut assister aux entretiens médicaux afin d'aider la personne hébergée dans ses décisions.

## V. COÛT DU SÉJOUR

Le coût du séjour est financé par le tarif hébergement, le tarif dépendance et par le forfait soins. Le tarif journalier payé par la personne hébergée, sa famille ou par l'aide sociale départementale recouvre deux montants : le tarif hébergement et le ticket modérateur dépendance. La facturation du tarif journalier démarre à compter de l'entrée dans l'établissement, c'est-à-dire le jour où le bénéficiaire des prestations hébergement commencent. Par ailleurs, un tarif dit de « réservation » sera facturé dès le jour de réservation de la chambre, et donc avant l'entrée de la personne hébergée dans l'établissement.

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

Le présent contrat comporte une fiche à caractère informatif et non contractuelle relative aux tarifs. Elle est mise à jour à chaque changement et au moins chaque année.

---

<sup>1</sup> Conformément au décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

## **5.1 Frais d'hébergement**

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

S'agissant des résidents relevant de l'aide sociale, ceux-ci doivent s'acquitter eux-mêmes de leurs frais de séjour dans la limite de 90 % de leurs ressources. 10% des revenus personnels restent donc à la disposition du résident sans pouvoir être inférieurs à 1% du minimum social annuel.

Dans le cadre d'un hébergement permanent, une caution est demandée lors de l'entrée dans l'établissement. Ce dépôt de garantie est égal à un trente jours de tarif hébergement minoré du forfait hospitalier. La caution est restituée à la personne hébergée, à son représentant légal ou son héritier / notaire déclaré (en cas de décès) après sa sortie de l'établissement, déduction faite de l'éventuelle créance de ce dernier.

A la date de conclusion du présent contrat, les frais d'hébergement sont de ..... euros nets par journée d'hébergement. Ils sont révisés au moins chaque année et communiqués à chaque changement aux personnes hébergées.

Le tarif journalier est payé mensuellement à terme échu, soit le dernier jour de chaque mois auprès de Monsieur ou Madame le Payeur Départemental de l'Hérault (Trésor Public). A la demande de la personne hébergée, un prélèvement automatique peut être effectué.

Toute évolution législative ou réglementaire concernant l'habilitation à l'aide sociale rend caduque le présent contrat et conduit à la conclusion d'un nouveau contrat de séjour.

## **5.2 Frais liés à la perte d'autonomie**

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

En fonction de leur perte d'autonomie (évaluée à partir de la grille AGGIR) et du niveau de leurs ressources, les personnes hébergées peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée par le Conseil départemental. Les résidents classés en GIR 5/6 n'ont pas droit au bénéfice de l'APA.

Cette allocation permet de couvrir en partie le coût du tarif dépendance, arrêté et facturé par arrêté du Président du Conseil départemental, en sus du tarif hébergement. Une participation reste à la charge du résident en fonction de sa perte d'autonomie et du niveau de ses ressources. L'APA est versée directement à l'établissement (sauf pour certains résidents hors département). A la demande de la personne hébergée, un prélèvement automatique peut être effectué.

A la date de conclusion du présent contrat et compte tenu de l'évaluation AGGIR produite à l'entrée de M. / Mme ....., le tarif dépendance est fixé à ..... euros nets par jour. Il est communiqué aux résidents à chaque changement.

## **5.3 Frais liés aux soins**

L'établissement ayant opté pour un forfait partiel de soins dans le cadre de ses relations avec l'Assurance Maladie, ce tarif ne comprend ni la rémunération des médecins généralistes et des

auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ni les examens de biologie et de radiologie, ni les médicaments qui sont donc facturés sur la carte vitale de la personne hébergée.

## **VI. CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION**

Le coût du séjour reste dû en cas d'absence. Des règles différentes s'appliquent en cas d'absence pour convenances personnelles ou d'absence pour hospitalisation et pour les bénéficiaires et les non bénéficiaires de l'aide sociale.

### **6.1 Hospitalisation**

En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée inférieure à 72 heures, la personne hébergée est redevable du tarif hébergement.

En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée supérieure à 72 heures, la personne hébergée est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier, sans limitation de durée.

### **6.2 Absences pour convenances personnelles**

En cas d'absence pour convenances personnelles inférieure à 72 heures, le résident est redevable du tarif hébergement.

En cas d'absence pour convenances personnelles supérieure à 72 heures, la personne hébergée est redevable du tarif hébergement minoré du forfait fixé par le règlement départemental d'aide sociale ou à défaut du forfait hospitalier. D'autres modalités peuvent être prévues par le règlement départemental d'aide sociale et s'imposent à l'établissement comme aux résidents accueillis.

### **6.3 Facturation de la dépendance en cas d'hospitalisation ou d'absence pour convenance personnelle**

En dehors du cas des résidents hors département, l'établissement continue à facturer le ticket modérateur dépendance en cas d'hospitalisation et ce dès le premier jour d'absence, la dotation globale versée par le Département de l'Hérault prévoyant une minoration à ce titre.

Il en est de même en cas d'absence pour convenance personnelle.

Pour les résidents hors département, l'établissement se conforme aux instructions des Conseils Départementaux respectifs.

### **6.4 Facturation en cas de résiliation du contrat**

En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à échéance du préavis d'un mois.

En cas de décès, dès lors que ses objets personnels ont été retirés des lieux qu'il occupait dans un délai de 7 jours, seules les prestations d'hébergement délivrées antérieurement au décès mais non acquittées peuvent être facturées<sup>2</sup>.

**Au-delà d'un délai de 7 jours à compter de la sortie pour décès**, la facturation est maintenue jusqu'à ce que les objets personnels aient été retirés.

---

<sup>2</sup> Conformément à l'article L314-10-1 du CASF

La caution est restituée à la personne hébergée, à son représentant légal, héritier ou notaire dans les trente jours qui suivent la sortie de l'établissement ou le décès, déduction faite de l'éventuelle créance existante.

## **VII. DÉLAI DE RÉTRACTATION, RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT**

### **7.1 Délai de rétractation**

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

### **7.2 Révision**

Toute actualisation du contrat de séjour fera l'objet d'un avenant.

### **7.3 Résiliation volontaire**

Passé le délai de rétractation susmentionné, la personne hébergée ou, le cas échéant, son représentant légal, peut résilier le contrat de séjour par écrit à tout moment. A compter de la notification de sa décision de résiliation au gestionnaire de l'établissement, elle dispose d'un délai de réflexion de quarante-huit heures pendant lequel elle peut retirer cette décision sans avoir à justifier d'un motif. Ce délai de réflexion s'impute sur le délai de préavis qui peut lui être opposé.

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

### **7.4 Résiliation à l'initiative de l'établissement**

#### **7.4.1 Motifs généraux de résiliation**

La résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement ne peut intervenir que dans les cas suivants<sup>3</sup> :

- 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 ;
- En cas de cessation totale d'activité de l'établissement ;

---

<sup>3</sup> Conformément à l'Article L311-4-1

- 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.

Le gestionnaire de l'établissement peut résilier le contrat de séjour dans l'un des cas susmentionnés sous réserve d'un délai de préavis d'un mois.

#### **7.4.2 Modalités particulières de résiliation**

- *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, la personne hébergée 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.

- *Non-respect du règlement de fonctionnement, du présent contrat*

En cas de non respect du règlement de fonctionnement ou du présent contrat par l'une des parties, l'autre peut mettre unilatéralement fin au contrat de séjour.

- *Résiliation pour défaut de paiement*

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

Tout retard de paiement supérieur ou égal à 30 jours après la date d'échéance fera 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.

#### **7.5 Résiliation de plein droit**

En cas de décès, le contrat de séjour se trouve résilié le lendemain du décès, la facturation continue néanmoins de courir tant que les objets personnels n'ont pas été retirés des lieux que la personne occupait au-delà de 7 jours.

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

La chambre doit être libérée dès que possible. Au-delà de 7 jours, la Direction peut procéder à la libération de la chambre.

## **VIII- RÉGIME DE SÛRETÉ DES BIENS ET SORT DES BIENS MOBILIERS EN CAS DE DÉPART OU DE DÉCÈS**

Le régime de sûreté des biens et du sort des biens mobiliers en cas de départ ou décès applicable est celui prévu par les articles L1113-1 à L1113-10 et R1113-1 à R1113-9 du Code de la Santé Publique.

### **8.1 Régime de sûreté des biens**

Les disponibilités, valeurs, moyens de paiement et biens mobiliers conservés par la personne hébergée dans sa chambre ne sont pas placés sous la responsabilité de l'établissement. L'ensemble des biens conservés dans sa chambre par la personne hébergée restent placés sous sa responsabilité pleine et entière sauf à avoir consenti au « dépôt feint » prévu en annexe.

L'établissement n'est donc pas responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des biens détenus par la personne hébergée y compris dans le cas des prothèses dentaires, auditives ainsi que les lunettes. Sa responsabilité ne serait retenue que dans le cas où une faute serait établie à son encontre ou à celle des personnels dont il doit répondre. La preuve de la faute est à la charge du demandeur.

La personne hébergée et/ou son représentant légal certifie avoir reçu l'information écrite et orale sur les règles relatives aux biens et aux 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.

### **8.2 Biens mobiliers non repris après un départ ou non réclamés par les ayant-droits après un décès**

La personne hébergée et/ou son représentant légal sont informés par le présent article des conditions de retrait et de conservation des objets lui appartenant en cas de décès ou de départ définitif. La procédure varie en fonction du statut d'admission de la personne hébergée.

#### ***8.2.1 Décès ou départ définitif de la personne hébergée à titre payant***

Les sommes d'argent, titres et valeurs mobilières, moyens de règlement ou objets de valeur abandonnés à la sortie ou au décès de leurs détenteurs sont déposés entre les mains d'un agent désigné à cet effet par le directeur de l'établissement.

Ils sont remis aux héritiers sur justification de leurs droits, ou au notaire chargé de la succession pendant une année à compter de la date de décès.

Les objets laissés à l'établissement après un départ ou non réclamés par les héritiers d'une personne décédée sont considérés comme abandonnés dès lors qu'un an après le décès ou le départ définitif, l'EHPAD n'aurait reçu aucune information sur les conditions de leur enlèvement ou de leur retrait. Ils sont alors remis à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). Pour les autres objets mobiliers, la remise s'effectue auprès de l'autorité administrative chargée du domaine aux fins d'être mis en vente. Le propriétaire ou ses héritiers seront avisés de cette vente.

Le service des domaines peut refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans cette hypothèse les objets deviennent la propriété de l'établissement.

### ***8.2.2 Décès ou départ définitif de la personne hébergée au titre de l'aide sociale légale***

Un inventaire est établi, dans les meilleurs délais après le décès, et si possible par deux agents de l'établissement.

Le numéraire et les valeurs inactives, objets de valeur sont placés sous la responsabilité de l'EHPAD, dès la fin de l'inventaire. L'agent préposé en délivre quittance.

Les autres objets peuvent être déménagés et entreposés dans un autre local en l'attente de la décision du département d'assistance qui recevra ultérieurement de la trésorerie principale de l'établissement les disponibilités et valeurs inactives évoquées ci-dessus.

### **8.3 Certification de la délivrance d'informations sur le régime des biens**

La personne hébergée et/ou son représentant légal, certifient avoir reçu une information écrite et orale des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement et des principes gouvernant la responsabilité de celui-ci en cas de vol, perte ou détérioration de ces biens, selon qu'ils ont ou non été déposés, ainsi que le sort réservé aux objets non réclamés ou abandonnés dans ces établissements.

Cette information figure aussi, le cas échéant, dans le règlement intérieur de l'établissement.

## **IX. ASSURANCES**

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et réglementations en vigueur. Son assurance n'exonère pas la personne hébergée de certains dommages dont elle pourrait être la cause et qui sont les suivants :

- Les dommages résultant de la participation de l'assuré à un crime, un délit intentionnel, une agression ou une rixe ou toute infraction volontaire dont il se rend complice, sauf cas de légitime défense,
- Les dommages causés ou subis par le conjoint, les ascendants et descendants de l'assuré,
- Les conséquences de toute responsabilité contractuelle,
- Les dommages de toute nature résultant de la participation du résident à une activité professionnelle (autre que celle qui peut être organisée à titre thérapeutique dans le cadre de son séjour dans l'établissement),
- Les dommages corporels, matériels et immatériels, dont l'assuré peut être responsable du fait de son patrimoine personnel immobilier et de tous biens meubles ne se trouvant pas habituellement dans l'établissement qui l'héberge,
- Les dommages résultant de la pratique de la chasse, d'un sport ou toute autre activité subordonnée à la délivrance d'une licence et soumise à une obligation spécifique d'assurance.



Elle a donc été informée de l'obligation de souscrire à ses frais une assurance Responsabilité Civile individuelle et a présenté une police d'assurance signée de la société.....valide jusqu'au ..... et s'engage à la renouveler chaque année.

La personne hébergée certifie être informée de la recommandation qui lui a été faite de souscrire une assurance de ses biens et objets personnels contre le vol.

## **X. RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT**

La signature du présent contrat par la personne hébergée et/ou son représentant légal vaut acceptation du règlement de fonctionnement de l'EHPAD en vigueur à la date de signature dudit contrat. Le règlement de fonctionnement est annexé au présent contrat.

## **XI. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SÉJOUR**

Toutes dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute modification du contrat de séjour sera faite par voie d'avenant.

Etabli conformément :

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

Pièces jointes au contrat :

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal :

- Un livret d'accueil auquel est annexé une charte des droits et libertés de la personne hébergée; la charte est affichée dans l'établissement ou le service ;
- Le règlement de fonctionnement tel que défini à l'article L. 311-7 dont la personne hébergée et/ou son représentant légal déclarent avoir pris connaissance,
- Une annexe indicative relative aux tarifs,
- Une copie du jugement de tutelle, curatelle, ou sauvegarde de justice le cas échéant,
- L'attestation d'assurance de responsabilité civile,
- L'attestation de l'assurance dommages aux biens et objets personnels le cas échéant,
- Le formulaire de désignation de la personne de confiance (le cas échéant),
- Les directives anticipées sous pli cacheté (le cas échéant),
- La désignation du référent familial,
- Le formulaire entourage familial et dispositions décès,
- L'information sur le dépôt des biens et l'inventaire des dépôts feints (le cas échéant)
- Un acte de cautionnement solidaire (le cas échéant),
- Le formulaire de droit à l'image,
- La liste des professionnels de santé ayant signé un contrat avec l'établissement (le cas échéant)<sup>4</sup>,
- Le formulaire de caution, de règlement des frais de séjour et attestant la résiliation de la location de matériel médical à domicile,
- Les formulaires de déclaration du choix du médecin traitant, kinésithérapeute et dentiste,
- Le formulaire de déclaration des allergènes (le cas échéant),
- Les mesures garantissant la liberté d'aller et venir (le cas échéant).

Fait à ....., le .....

**Signature de la personne hébergée**  
**Ou de son représentant légal**  
***(date et lieu précédés de la mention lu et approuvé)***

**Signature du directeur d'EHPAD**

---

<sup>4</sup> Décret n° 2010-1731 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD

## ANNEXE 1 : DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

### Notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance (article D.311-0-4 du code de l'action sociale et des familles)

La notice d'information comprend :

- Des explications concernant le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Cinq annexes :
  - annexe 1 : Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique ;
  - annexe 2 : Formulaire de désignation de la personne de confiance ;
  - annexe 3 : Formulaire de révocation de la personne de confiance ;
  - annexe 4 : Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul (e) le formulaire de désignation ou de révocation de la personne de confiance
  - annexe 5 : Un modèle d'attestation de délivrance de l'information sur la personne de confiance.

### Le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance

La loi donne le droit à toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social<sup>5</sup> de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

#### 1. Quel est son rôle ?

La personne de confiance a plusieurs missions :

- **Accompagnement et présence :**

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Être présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher votre consentement à être accueillie dans l'établissement d'hébergement (en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui et, chaque fois que nécessaire, du médecin coordonnateur si la structure d'accueil est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

---

<sup>5</sup> Etablissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'il prend en charge des personnes majeures.

Elle sera la seule personne de votre entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien.

- Vous accompagner dans vos démarches liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.
  - Assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.
- **Aide pour la compréhension de vos droits :**

Votre personne de confiance sera consultée par l'établissement ou le service qui vous prend en charge au cas où vous rencontriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits.

Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions.

Par ailleurs, lors de la désignation de la personne de confiance du code de l'action sociale et des familles (dans le cadre de votre prise en charge sociale ou médico-sociale), si vous souhaitez que cette personne exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique (concernant les usagers du système de santé, par exemple, en cas d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie ...), vous devrez l'indiquer expressément dans le formulaire de désignation figurant en annexe 2.

Les missions de cette personne de confiance sont rappelées dans l'annexe 1.

La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations qui vous concernent.

## **2. Qui peut la désigner ?**

Cette faculté est ouverte à toute personne majeure prise en charge par une structure sociale ou médico-sociale.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.

Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice lorsqu'un mandataire spécial a été désigné, tutelle, curatelle) pour les actes relatifs à la personne, la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles.

## **3. Qui peut être la personne de confiance ?**

Vous pouvez désigner comme personne de confiance toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant.

Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer de sa portée.

La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation figurant en annexe 2. Il convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

#### **4. Quand la désigner ?**

Vous pouvez la désigner lorsque vous le souhaitez.

Lors du début d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, qu'elle soit effectuée par un service ou dans un établissement d'hébergement, il vous sera proposé, si vous n'aviez désigné personne auparavant, de désigner une personne de confiance.

Il est possible que vous ayez déjà désigné une personne de confiance pour votre santé<sup>6</sup>, notamment au cours d'une hospitalisation, avant votre début de prise en charge sociale ou médico-sociale. Cette personne n'est pas automatiquement autorisée à être votre personne de confiance pour votre prise en charge sociale ou médico-sociale. Il vous sera donc nécessaire, si vous souhaitez que cette même personne soit également votre personne de confiance dans le cadre de votre prise en charge sociale et médico-sociale, de procéder à une nouvelle désignation.

La désignation de la personne de confiance du secteur social et médico-social est valable sans limitation de durée, sauf si vous l'avez nommé pour une autre durée plus limitée. Si vous êtes demandeurs d'asile, la notice d'information et le formulaire de désignation d'une personne de confiance vous ont été remis par l'Office français de l'immigration et de l'intégration lors de votre passage au guichet unique en même temps que la proposition d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile ou, si cette proposition d'hébergement intervient postérieurement à votre passage au guichet unique, en même temps que la proposition d'une offre d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile.

Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, il convient dès votre arrivée que vous remettiez le formulaire de désignation au responsable du centre afin qu'il puisse engager sans délais la prise de contact avec la personne que vous aurez désignée.

#### **5. Comment la désigner ?**

La désignation se fait par écrit. Il est préférable d'utiliser le formulaire figurant en annexe 2, mais vous pouvez aussi le faire sur papier libre, daté et signé en précisant bien le nom, le prénom et les coordonnées de la personne de confiance.

---

<sup>6</sup> En application de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire ou, le cas échéant, le document.

Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment.

Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour la désignation (formulaire figurant en annexe 3).

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, notamment au moyen du formulaire figurant en annexe 4, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

## **6. Comment faire connaître ce document et le conserver ?**

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer la structure et l'équipe de prise en charge que vous avez désigné une personne de confiance, afin qu'ils connaissent son nom et ses coordonnées, et d'en donner une copie.

Il est souhaitable d'en tenir vos proches informés.

Il peut être utile de conserver le document de désignation avec vous.

## **ANNEXE 1-1 : 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 de 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.*

## ANNEXE 1-5 : Attestation à conserver par l'établissement relative à l'information sur la personne de confiance

**Je soussigné(e) :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Fonction(s) dans l'établissement : \_\_\_\_\_

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

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Attestation signée à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature du Directeur  
ou de son représentant**

**Cosignature de la personne accueillie**

**En cas d'incapacité de la personne accueillie de recevoir cette information, cochez la case suivante**



## LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Depuis la loi Léonetti du 22 avril 2005, vous pouvez établir une déclaration écrite pour faire connaître vos souhaits de fin de vie concernant « les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement » si, suite à une affection incurable ou un accident entraînant une dégradation irréversible des facultés vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté. L'écriture des directives anticipées est volontaire.

### Quelle est la portée des directives anticipées ?

C'est un document essentiel à la prise de décision médicale, et exprimant vos souhaits, lorsque vous ne pouvez plus exprimer votre volonté.

Leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical y compris la personne de confiance.

Elles ne vous engagent pas indéfiniment puisqu'elles sont révocables

N'ayant qu'une valeur consultative, c'est au médecin qu'il revient la décision finale même s'il doit en prendre connaissance et en tenir compte lors du respect de la procédure collégiale.

## CONDITIONS DE VALIDITÉ

Etre majeur

En état d'exprimer sa volonté au moment de la rédaction

Ecrire soi-même ses directives anticipées, ou faire appel à deux témoins (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée). Le document sera écrit par un des deux témoins ou un tiers).

Le document doit être daté, signé et identifiable (nom, prénom, date de naissance ...)

Le document doit être daté de moins de 3 ans avant l'état d'inconscience de la personne. Il faut donc renouveler les directives anticipées tous les 3 ans.

### Peut-on modifier les directives anticipées ?

Oui, elles sont modifiables ou annulables à tout moment.

### A qui les remettre ?

Elles peuvent être conservées en plusieurs exemplaires et endroits.

Au médecin traitant ou hospitalier

Les conserver vous-même ou les confier à une personne de votre choix (Indiquer au médecin vous prenant en charge ses coordonnées).

## INDICATIONS SUR LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Les directives anticipées doivent être facilement accessibles à tout médecin en cas de décision sur un arrêt ou une limitation de traitements.

Lors d'une hospitalisation, il est recommandé de fournir un exemplaire de directives anticipées (original ou copie) qui sera rangé dans le dossier médical et renseignera facilement l'équipe médicale sur vos souhaits en cas d'impossibilité d'exprimer sa volonté.

A défaut, veuillez l'indiquer à l'équipe médicale afin que leur existence soit mentionnée dans le dossier médical, ainsi que les coordonnées de la personne qui les détient.

**Lors de la rédaction des directives anticipées, vous pouvez aborder :**  
**(Liste non exhaustive)**

- Vos attentes face à la douleur et à ses traitements,
- Le souhait ou le refus de traitements et interventions,
- L'alimentation et l'hydratation artificielles,
- Les mesures de réanimation,
- L'accompagnement spirituel souhaité,
- Le don d'organes.

## ANNEXE 3 : DÉSIGNATION DU RÉFÉRENT FAMILIAL

Je soussigné (e),

M. / Mme .....

Résident (e) à la Maison de retraite publique de Montpellier « Jean Périquier »

ou à défaut, son représentant légal,

M. /Mme .....

Désigne, en toute capacité, en qualité de **réfèrent familial** (1)

M. / Mme .....

Domicilié à .....

.....

Téléphone : .....

Lien de parenté : .....

Le réfèrent familial est l'interlocuteur privilégié de la Maison de retraite publique de Montpellier « Jean Périquier » pour tout ce qui concerne la vie quotidienne, le bien-être et la sécurité du résident.

Toute information essentielle, tout document ou tout courrier pouvant intéresser les proches du résident seront envoyés exclusivement au réfèrent familial, à charge pour lui d'en assurer la diffusion aux personnes de son choix.

La désignation du réfèrent familial n'exclut en rien les droits et obligations des proches du résident en qualité d'obligés alimentaires, tels que définis par les articles 203 et suivants du Code Civil.

Le réfèrent familial ci-dessus désigné accompagne le résident dans ses démarches administratives, relationnelles et financières si besoin.

Il s'engage à délivrer, à l'établissement, les informations essentielles concernant le résident et relevant de la seule autorité familiale.

Il communique à l'établissement lors de l'admission, la liste des enfants et proches du résident et assure le traitement des dossiers courants en lien avec les organismes publics ou privés (Conseil Général, Sécurité Sociale, Mutuelle, compagnie d'assurances,...).

De plus, le référent familial veille à l'approvisionnement régulier du trousseau ou des effets personnels destinés au résident (vêtements, accessoires de toilette,...)

De même, il prend les dispositions utiles dans le cas où le résident nécessiterait la mise en place d'une mesure de protection juridique (curatelle, tutelle).

A tout moment, le résident a la liberté de changer de référent familial.

En tout état de cause, l'établissement reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Fait à :.....

Le .....

**Signatures :**

**Le résident et/ou son représentant légal**

**Le référent familial**

*(1) En référence à l'alinéa a. de l'article 3-1 du chapitre II de l'annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.*

## ANNEXE 4 : INFORMATIONS ENTOURAGE ET DISPOSITIONS EN CAS DE DÉCÈS

Veillez mentionner :

**LA LISTE DES ENFANTS ET PETITS-ENFANTS**

**(Ou de toutes les personnes dont vous jugeriez utile de porter à notre connaissance)**

Nom	Prénom	Date de naissance	Domicile	Lien de parenté	Numéro de téléphone

**LES DISPOSITIONS « DÉCÈS »**

**S'il en a désigné un, le service de pompes funèbres;**

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

**Si le résident a un contrat « obsèques », veuillez nous transmettre une copie.**

**Si une succession est ouverte chez un notaire, veuillez inscrire les coordonnées de ce dernier par écrit.**

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

## ANNEXE 5 : DIFFÉRENTS FORMULAIRES

### ANNEXE 5-1 : FORMULAIRE DE CAUTION

**Je soussigné(e) :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

- Résident(e)  
 Mandataire \_\_\_\_\_  
 Référent familial \_\_\_\_\_

Atteste déposer ce jour une caution d'un montant de :.....

Atteste sur l'honneur ne pouvoir régler le montant de la caution pour les motifs suivants :

- Une demande d'aide sociale est en cours
- Une mesure de protection est en cours   
Si oui, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice   
Mandat de protection future  (Merci de fournir la copie du jugement)
- Une mesure d'habilitation familiale est en cours
- Je ne dispose pas des ressources nécessaires

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

## ANNEXE 5-2 : FORMULAIRE DE FINANCEMENT ET DE MODE DE RÈGLEMENT DES FRAIS DE SÉJOUR

### Je soussigné(e) :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

- Résident(e)
- Mandataire \_\_\_\_\_
- Référent familial \_\_\_\_\_

### Atteste pouvoir financer les frais de séjour :

- Seul
- Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers
- Aide sociale à l'hébergement permanent      oui       non   
   en cours
- Lieu de dépôt :.....
- Aide sociale à l'hébergement temporaire      oui       non   
   en cours
- Lieu de dépôt :.....

**Attention : en l'absence d'information, le Juge Aux Affaires Familiales sera saisi par le Directeur en vue de fixer le montant de la participation des obligés alimentaires.**  
**En cas de demande d'aide sociale, et dans l'attente de la décision, le demandeur doit provisionner à hauteur de 90% de ses ressources.**

### Mode de règlement souhaité :

- Chèque (à l'ordre du Trésor Public),
- Prélèvement automatique (annexe à compléter),
- Paiement par internet

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

## ANNEXE 5-3 : Déclaration relative aux locations Achats - prestations paramédicales

**Je soussigné(e) :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

- Résident(e)  
 Mandataire \_\_\_\_\_  
 Référent familial \_\_\_\_\_

Déclare, au jour de l'entrée,

- **ne pas avoir de matériel en location à domicile**, au bénéfice de Madame/Monsieur (nom et prénom du résident) : \_\_\_\_\_
  
- **avoir mis fin, le cas échéant, aux prestations de soins infirmiers à domicile** pour la période du séjour dans l'EHPAD.

Je suis informé(e) que l'EHPAD Jean Pêrdier, bénéficiaire d'une dotation globale versée par l'assurance maladie, assure déjà dans le cadre du séjour du résident la fourniture des dispositifs médicaux et les soins à la personne.

Dans ce cadre, je m'engage durant toute la période du séjour, à ne pas réaliser d'achat ou de location de dispositifs médicaux relevant de ceux fournis par l'EHPAD et à ne pas faire appel à des professionnels paramédicaux aides soignants ou infirmiers, extérieurs à la structure.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :



## ANNEXE 6 : INFORMATION DÉPÔT DES BIENS

En référence à la loi n° 92-164 du 6 juillet 1992 relative à la responsabilité du fait des vols, pertes et détérioration des objets déposés dans les établissements de santé, au décret n° 93-550 du 27 mars 1993 et au règlement de fonctionnement de l'établissement, nous vous informons des règles relatives aux biens détenus par les personnes hébergées dans l'établissement ainsi que sur les possibilités de dépôts de ces biens :

Les sommes d'argent, titres et valeurs, espèces, obligations, actions, rentes, titres de pensions, livrets et moyens de paiement (chéquiers, cartes bancaires), bijoux et objets précieux ne peuvent être déposés auprès de l'établissement, en l'absence de régisseurs de recettes et de dépôt désignés à ce titre.

**Il est ainsi rappelé que la responsabilité de l'établissement ne peut être engagée pour tous ces objets détenus par les résidents qui sont invités à en limiter leur détention pendant le séjour.**

L'établissement consent au « dépôt feint » qui permet aux personnes hébergées de garder des choses mobilières, par exemple certains meubles, un poste de radio ou de télévision, ou tout objet de l'environnement quotidien de faible valeur **sous réserve que ceux-ci aient fait l'objet d'une formalité de dépôt**. Cette possibilité, ouverte par l'article 3 du décret du 27 mars 1993, a pour but de permettre aux personnes âgées hébergées de conserver, **sous la responsabilité de l'établissement**, des objets faisant partie de leur cadre habituel de vie. Cependant, elle ne peut pas concerner les sommes d'argent, les titres ou valeurs mobilières, les moyens de règlement ou les objets de valeur.

Les personnes qui souhaitent conserver ces biens doivent ainsi en formuler la demande en remplissant un document type qui leur sera remis par l'accueil de l'établissement. **Dans le cas contraire, la responsabilité de l'établissement, en cas de dégâts causés, ne pourrait être engagée.**

Je soussigné :

Nom Prénom du résident : .....

.....

.....

certifie avoir été informé des dispositions générales de la loi du 6 juillet 1992, du décret du 27 mars 1993 et du règlement de fonctionnement de l'établissement relatifs aux objets déposés par les résidents de l'établissement.

A Montpellier, le .....

Signature du résident :

En cas d'impossibilité pour le résident de signer :

Nom Prénom du signataire.....

.....

.....

Qualité (Mandataire ou référent familial) :

Signature

## ANNEXE 7 : INVENTAIRE DÉPÔTS FEINTS

# REÇU DE DÉPÔT

(conserver une copie en archive administrative dans le dossier du résident)

Nom et prénom du déposant (résident) :.....
Nom, prénom et qualité du représentant :.....
Signature du déposant ou signature de son représentant ou éventuellement de deux témoins <sup>7</sup> :
Signatures

### **Inventaire des objets déposés (dépôts feints)**

<u>Appareils électriques (électroména ger, HI-FI...) :</u>	Type(s) d'appareil(s) :
<u>Mobilier :</u>	Type(s) de mobilier(s) :
<u>Éléments de décoration :</u>	Type(s) d'élément(s) :

Nom de l'agent désigné :	Fait à Montpellier, le.....
	Signature agent :

<sup>7</sup> Un agent de l'établissement et un accompagnant. A défaut d'accompagnant, un 2<sup>ème</sup> agent de l'établissement.

# QUITTANCE DE RESTITUTION

(conserver une copie en archive administrative dans le dossier du résident)

Nom et prénom du déposant (résident) : .....

Nom, prénom et qualité du représentant : .....

Signature du déposant ou signature de son représentant ou éventuellement de deux témoins<sup>8</sup> :

Signatures

## **Inventaire des objets restitués (dépôts feints)**

<u>Appareils électriques (électroménager, HI-FI...)</u> :	Type(s) d'appareil(s) :
<u>Mobilier</u> :	Type(s) de mobilier(s) :
<u>Éléments de décoration</u> :	Type(s) d'élément(s) :

Nom de l'agent désigné :

Fait à Montpellier, le.....

Signature agent :

Je soussigné : .....

Demeurant à : .....

Agissant en qualité de déposant ou représentant du déposant déclare être rentré en possession des articles désignés ci-dessus

Fait à Montpellier, le.....

Signature :

<sup>8</sup> Un agent de l'établissement et un accompagnant. A défaut d'accompagnant, un 2<sup>ème</sup> agent de l'établissement.

## ANNEXE 8 : ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

(Articles 2011 à 2043 du Code Civil)

(À établir en deux originaux)

### **Etablissement**

EHPAD JEAN PERIDIER

174 rue Jacques Bounin 34070 MONTPELLIER

### **Caution signataire du présent engagement**

NOM et Prénom :

Domicile :

### **Date et signature du contrat de séjour :**

**A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de : 62,56 € (tarif hébergement) et 5,67 € (GIR 5-6)**

Somme en toutes lettres :

Soixante-deux euros et cinquante-six centimes pour le tarif hébergement, cinq euros et soixante-sept centimes pour le GIR 5-6.

*Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental*

**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 des Conditions de séjour-règlement intérieur pour le paiement :**

- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental,

- des charges récupérables et réparations éventuelles.

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, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

*La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main (sur les deux originaux) 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 dont j'ai reçu deux exemplaires :**

**- pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental et révisables unilatéralement sous réserve qu'après en avoir été informé, je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois,**

**- 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 ou de la PSD,**

**- pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles. »**

*Mention manuscrite de la caution :*

Fait à .....

Le,.....

**LA CAUTION**

**Le Représentant de  
l'établissement**

Signature précédée de la mention manuscrite

Signature précédée de la mention  
manuscrite

"lu et approuvé pour caution solidaire"

" lu et approuvé, bon pour  
acceptation"

## ANNEXE 9 : DROIT À L'IMAGE

Le résident M/Mme .....

Et/ou

Son Mandataire, M/Mme.....

**ET**

Son Référent familial M/Mme .....

accepte

n'accepte pas

que les photographies prises dans l'établissement ou à l'occasion de sorties extérieures, sur lesquelles figurerait le résident, soient exposées au public dans ou hors de l'établissement ainsi que sur les réseaux sociaux.

Fait à Montpellier

Le .....

Le résident  
Et/ou son Mandataire

Le référent familial

## ANNEXE 10 : FORMULAIRE DE CHOIX MÉDECIN TRAITANT

Nous vous demandons d'inscrire le nom du Médecin que vous aurez contacté et qui sera désigné Médecin traitant de votre parent.

-----

Je soussigné (e)       Mlle  Mme  Mr .....

Référent familial

Mandataire

                                 de Monsieur/Madame .....résident à l'EHPAD « Jean Périquier »

Déclare avoir contacté le Dr ..... qui accepte d'être désigné Médecin traitant de ce (tte) dernier(e) pendant la durée de son séjour.

Fait le :

**Signature du résident et/ou son référent familial**

**Signature du mandataire**



## ANNEXE 11 : FORMULAIRE DE CHOIX DU KINÉSITHÉRAPEUTE SI PRESCRIPTION MÉDICALE

Nous vous demandons d'inscrire le nom du Kinésithérapeute que vous aurez contacté et qui sera désigné Kinésithérapeute de votre parent.

-----

Je soussigné (e)       Mlle  Mme  Mr .....

Mandataire

Représentant légal  
de Monsieur/Madame .....résident à l'EHPAD « Jean  
Péridier »

Déclare avoir contacté Mr .....qui accepte d'être désigné Kinésithérapeute de ce  
(tte) dernier(e).

Fait le :

**Signature du résident et/ou son référent familial**

**Signature du mandataire**

Tournez la page SVP

## ANNEXE 12 : FORMULAIRE DE CHOIX DU DENTISTE

L'établissement dispose d'une convention avec un dentiste proche de l'établissement situé au 2 rue du Professeur Jean Granier à Montpellier (quartier du « Mas Drevon ») et qui se déplace sur site, dans le cadre d'un dépistage initial, de ce suivi ou pour assurer des soins bucco-dentaires au long cours.

Dans le cadre du libre choix du praticien, nous vous remercions de bien vouloir préciser le dentiste que vous avez choisi.

-----

Je soussigné (e)       Mlle  Mme  Mr .....

Mandataire

Représentant légal  
                                 de Monsieur/Madame .....résident à l'EHPAD « Jean  
                                 Périquier »

- Déclare refuser toute intervention :
- Déclare accepter l'intervention du Docteur Abraham-Touitou :
- Déclare que les soins seront assurés par le Dr : .....

Fait le :

**Signature du résident et/ou son référent familial**

**Signature du mandataire**

## ANNEXE 13 : FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'UN OU PLUSIEURS ALLERGÈNES

*Conformément au Décret du 17 avril 2015 relatif à l'information des consommateurs sur les allergènes et les denrées alimentaires, tout producteur de cuisine collective doit recueillir auprès des consommateurs les allergènes alimentaires les plus courants. Ainsi, je vous remercie de bien vouloir cocher le ou les allergies indiquées dans la liste ci-dessous mais aussi de prévenir l'établissement de tout changement qui pourrait intervenir dans cette même liste.*

*En l'absence de signature de ce document par le consommateur, ou d'indication sur les modifications qui pourraient être apportées, la responsabilité de l'établissement ne pourra être engagée.*

➤ Je déclare ne pas être informé d'éventuelles allergies

➤ Je déclare ne pas être allergique à des produits alimentaires

➤ Je déclare être allergique aux produits ci-dessous :

- Allergie aux œufs et dérivés d'œufs
- Allergie au lait (y compris lactose)
- Allergie aux mollusques
- Allergie aux céréales contenant du gluten
- Allergie aux fruits à coque
- Allergie aux sulfites
- Allergie aux crustacés
- Allergie aux arachides
- Allergie au sésame
- Allergie au lupin
- Allergie au poisson
- Allergie au soja,
- Allergie au céleri,
- Allergie à la moutarde.

Nom : .....

Prénom : .....

Fait à..... le. ....

**Signature du résident et/ou son référent familial**

**Signature du mandataire**