



CONTRAT DE SÉJOUR



Version du 17/07/2025

16 avenue Jean Jaurès - 86400 CIVRAY - ☎ 05 49 87 02 91 - 📠 05 49 87 90 25

Courriel : administration@ehpadlescapucines.fr

<http://www.ehpadlescapucines.fr>

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 et font connaître à l'établissement le nom et les coordonnées de la personne de confiance au sens de l'article L1111-6 du code de la santé, s'ils en ont désigné une.

Le contrat de séjour est élaboré dans le cas d'un séjour continu ou discontinu d'une durée prévisionnelle supérieure à deux mois. 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.

Le contrat de séjour est établi en tenant compte des mesures et décisions administratives, judiciaires, médicales. 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.

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

Ce document 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.

TABLE DES MATIÈRES

CONTRACTANTS	4
PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT	5
PRESTATIONS DE SOIN	7
FACTURATION	10
RÉVISION ET RÉILIATION DU CONTRAT DE SÉJOUR	11
RESPONSABILITÉS COLLECTIVES	13
ACTUALISATION DU CONTRAT DE SÉJOUR	14
ANNEXES	17

L'EHPAD « Les Capucines » de CIVRAY, Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, est un établissement public social et médico-social (EPSMS) autonome. Il est géré par un Conseil d'Administration et par son Directeur.

Il relève de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de l'article L312-1 alinéa 6 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

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

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

Le contrat de séjour est conclu entre :

D'une part,

L'E.H.P.A.D « Les Capucines », 16 avenue Jean Jaurès, 86400 CIVRAY.

Représenté par sa Directrice, Madame SAVARIAU Maryse.

Et d'autre part,

Mme / M _____

Né (e) le _____ à _____

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

Le cas échéant, représenté (e) par Madame ou Monsieur (Indiquer nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, éventuellement lien de parenté)

Mme / M _____

Dénommé(e) le représentant légal (Préciser tuteur, curateur, mandataire judiciaire à la protection des majeurs ; joindre la photocopie du jugement).

Personne de confiance (voir annexe 1) :

Le résident peut désigner par écrit une personne de confiance (article L 1111-6 du Code de la Santé Publique) qui sera consultée au cas où il ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté et de recevoir toute l'information nécessaire. Si le résident le souhaite, la personne de confiance peut également l'accompagner dans ses démarches administratives et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La désignation est révocable à tout moment.

Nom de la personne de confiance choisie par le résident :

Mme / M _____

Adresse : _____

Il est convenu ce qui suit.

DÉFINITION DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

Les équipes de l'établissement travaillent en vue du maintien de l'autonomie de la personne accueillie 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.

DURÉE DU SÉJOUR

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

La date d'entrée du résident est fixée par les deux parties. Elle correspond, sauf en cas de réservation, à la date de départ de la facturation des prestations d'hébergement.

L'E.H.P.A.D. est un lieu de vie et de soins, dont la mission est d'accompagner les personnes âgées dans leurs actes de la vie quotidienne, en leur assurant la protection, la sécurité, les soins et le suivi médical adapté que requiert leur état.

Chaque résident a droit au professionnalisme et à une attention constante du personnel, lequel fait tout son possible pour que la personne trouve bien-être et réconfort. Le personnel s'emploie à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents en les aidant à accomplir les gestes essentiels de la vie quotidienne sans toutefois se substituer à eux.

Les modalités de fonctionnement de l'établissement sont définies dans le document "Règlement de fonctionnement" joint et remis au résident avec le présent contrat. Tout changement dans les prestations assurées par l'établissement doit faire l'objet d'un avenant.

LOGEMENT ET MOBILIER FOURNI

La chambre attribuée est la chambre n° _____.

S'il s'agit d'une chambre double ou communicante, l'établissement se donne la possibilité de procéder à un changement de chambre en fonction des besoins.



La clé du logement peut être remise au résident sur demande écrite. En cas de perte, une nouvelle clé pourra être remise contre facturation.

Le résident est invité à personnaliser sa chambre avec des effets et mobilier personnels (fauteuil, table, chaise, photos) dans la limite de la taille de la chambre ainsi que des règles de sécurité (incendie, circulation, évacuation).

La fourniture de l'électricité, du chauffage et de l'eau est à la charge de l'établissement.

L'établissement assure toutes les tâches d'entretien et de nettoyage ainsi que les réparations réalisables par le service technique de la structure.



La souscription au forfait téléphonique permet au résident de bénéficier de la pose et entretien d'un téléphone et de communications illimitées.

Un état des lieux à l'entrée et à la sortie du résident sera réalisé de façon contradictoire avec le résident ou son représentant légal ainsi qu'un membre du personnel de l'EHPAD.

RESTAURATION

Le service de restauration assure les petits-déjeuners, déjeuners et dîners ainsi que des collations au milieu de l'après-midi. 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.

L'AUBERGE

Les résidents ont la possibilité d'inviter à déjeuner leurs familles et leurs proches (*voir conditions dans le règlement de fonctionnement*).

LINGE & ENTRETIEN

Le linge plat (draps, serviettes de toilette, serviettes de table...) est fourni et entretenu par l'établissement.

Le linge personnel des résidents est lavé et repassé par l'établissement. Cependant, la liberté est laissée à la famille d'entretenir le linge. Dans ce cas, l'établissement se réserve la possibilité de reprendre le lavage en cas de rupture de linge propre.

Les objets de valeur apportés devront être identifiés.

Un inventaire des objets de valeur sera réalisé.

En cas de détérioration du linge suite à la répétition des lavages à la lingerie, l'établissement décline toute responsabilité.

ANIMATION

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 n'est pas facturée.

AUTRES PRESTATIONS

Le résident pourra bénéficier des services extérieurs : coiffeur, pédicure, esthéticienne... et **en assurera directement le coût**. Les demandes du résident ou de son représentant légal peuvent s'effectuer auprès du secrétariat.

PRESTATIONS NON COMPRISES DANS LE PRIX DE JOURNÉE :

- Articles proposés à l'épicerie ambulante de l'EHPAD (produits de toilette, friandises...)
- Forfait téléphonique
- Maintenance des appareils et mobiliers personnels du résident
- Raccourcissement des vêtements
- Produits de toilette
- Certaines animations ponctuelles
- Assurance « responsabilité civile » pour les biens personnels du résident

PRESTATIONS DE SOIN

AIDES A L'ACCOMPAGNEMENT DES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE

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

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

SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

L'établissement assure une permanence 24h/24h : appel malade, veille de nuit.

Les informations relatives à la surveillance médicale et paramédicale, ainsi qu'à la prise en charge des soins figurent aux " Règlement de fonctionnement" remis au résident à la signature du présent contrat.

PRESTATIONS DE SOIN NON COMPRISES DANS LE PRIX DE JOURNÉE :

- Honoraires des intervenants libéraux (dentistes, pédicure, coiffure...) hormis médecins généralistes et kinésithérapeutes
- Fournitures des prothèses (dentaires, optiques, auditives...)
- Transports à l'extérieur de l'établissement notamment pour les consultations médicales. La famille sera informée des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser.
- Souscription d'une assurance complémentaire (vivement recommandée)

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

Le résident peut choisir le professionnel de santé de son choix, dès lors qu'il a signé un contrat avec l'établissement et peut par conséquent y intervenir.

Le résident est invité à désigner une personne de confiance (Annexe). Celle-ci peut assister aux entretiens médicaux afin d'aider le résident dans ses décisions.

L'établissement bénéficie d'une convention tripartite avec le département (le Conseil Départemental de la Vienne) et l'Etat (le Préfet/ ARS). 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 chacun des résidents qu'il héberge. Elles sont portées à leur connaissance individuellement et collectivement à travers leur représentation au sein du conseil de la vie sociale.

Le prix de journée est composé :

TARIF HÉBERGEMENT

A la date de la conclusion du contrat, le prix de journée est celui figurant sur l'arrêté de tarification de l'année en cours.

Il est révisé au moins chaque année et communiqué à chaque changement aux résidents, à son représentant légal ou à sa famille.

S'AGISSANT DES RÉSIDENTS RELEVANT DE L'AIDE SOCIALE...

Le résident ou son représentant légal ou sa famille s'engage à reverser les ressources de l'hébergé au TRESOR PUBLIC de POITIERS. Une déduction de 10% correspondant à l'argent de poche sera réalisée. Le minimum de cette déduction est fixé par le département en vertu du décret n°54-1128 du 15 novembre 1954 et de l'article R 231-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ce reversement devra s'effectuer en attendant la décision définitive du Conseil Départemental.

DÉPÔT DE GARANTIE

A l'entrée, un dépôt de garantie d'un montant équivalent à 30 jours d'hébergement sera demandé. Il sera restitué à la sortie définitive du résident, déduction faite d'éventuelles créances du résident.

Conformément à ce qu'il est indiqué en page 5 du règlement de fonctionnement, un état contradictoire de la chambre est dressé lors de l'entrée. En cas d'éventuelles dégradations constatées dans l'état de sortie contradictoire de la chambre, l'établissement facturera le montant des travaux à réaliser pour remettre en état le logement.

RÉSERVATION

A partir du moment où une chambre libre est attribuée, une réservation est effectuée. Le tarif de la réservation diffère selon la provenance du futur hébergé.

- Il correspondra au tarif hébergement pour toute personne venant du domicile ou d'un foyer logement.
- En cas d'hospitalisation du futur hébergé, le tarif de réservation sera minoré du forfait journalier hospitalier en vigueur.

Le tarif dépendance n'est pas dû pendant la période de réservation.

TARIF DÉPENDANCE

Il existe 3 tarifs dépendance en lien avec le Groupe Iso Ressource (G.I.R) du résident.

- Le tarif correspondant au GIR 5/6 est facturé à tous les résidents même ceux bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A), et ce quel que soit leur niveau de dépendance.
- Le surcoût des tarifs GIR 1/2 et GIR 3/4 est versé directement à l'EHPAD par le Conseil Départemental de la Vienne au titre de l'APA sur présentation des factures mensuelles faites par l'établissement. Pour les résidents (payants ou bénéficiant de l'aide sociale) ne relevant pas du département de la Vienne, l'APA leur sera directement versée. Dans ce cas de figure, la facturation sera calculée en fonction du GIR du résident.

A la date de conclusion du présent contrat, les tarifs dépendance sont ceux figurant sur l'arrêté de tarification de l'année en cours.

Les tarifs hébergement et dépendance sont fixés par le Président du Conseil Départemental de la Vienne sur proposition du Conseil d'Administration. L'arrêté fait l'objet d'un affichage et d'un envoi individuel au résident ou à son représentant légal.

Dans le cas où les tarifs n'ont pas été fixés avant le 1er janvier de l'exercice concerné, et jusqu'à l'intervention du nouvel arrêté, les recettes relatives à la facturation des dits tarifs journaliers sont liquidés et perçus dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

Les tarifs de l'exercice dont la date d'effet est précisée dans l'arrêté tarifaire sont calculés en prenant en compte les produits facturés sur la base de l'exercice précédent entre le 1^{er} janvier et ladite date d'effet (article 7 alinéa IV bis de l'ordonnance n°2005-1477 du 1er décembre 2005).

TARIF SOINS

L'établissement perçoit de la caisse d'Assurance Maladie une dotation globale de soins destinée à couvrir pour l'essentiel les frais des professionnels de santé.

Les frais de séjour sont payés mensuellement et à terme à échoir, le 15 de chaque mois auprès de Monsieur le Receveur de l'établissement (Trésor Public de POITIERS).

Pour les résidents demandant l'aide sociale, les provisions doivent être versées spontanément au Trésorier, appuyées d'un décompte détaillant les ressources perçues et la somme conservée. Un exemplaire devra être fourni à l'établissement également.

DÉBUT DE FACTURATION

La date de mise à disposition de la chambre, fixée d'un commun accord entre le Directeur et le futur résident, constitue le point de départ de la facturation, et ce quel que soit la date d'arrivée effective de la personne.

ENGAGEMENT DE PAIEMENT ET ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

Il sera demandé à l'entrée du résident de bien vouloir remplir l'engagement de paiement ainsi que l'engagement de réservation (Formulaires en Annexe). Par ailleurs, pour les résidents payants, leurs débiteurs d'aliments s'engagent par écrit à régler le tarif des prestations.

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION

Le coût du séjour reste dû en cas d'absence, selon des règles différentes selon le motif.

HOSPITALISATION

Jusqu'au 3^{ème} jour d'hospitalisation, le tarif hébergement et le ticket modérateur correspondant au GIR 5/6 sont facturés.

A compter du 4^{ème} jour, le tarif hébergement est minoré du forfait journalier hospitalier et le ticket modérateur correspondant au GIR 5/6 n'est plus facturé.

Au-delà de 35 jours, le tarif hébergement et le ticket modérateur correspondant au GIR 5/6 sont facturés.

ABSENCES POUR CONVENANCES PERSONNELLES

Le résident peut s'absenter cinq semaines par an pour convenances personnelles, en étant exonéré **au bout du 4^{ème} jour** du coût alimentaire. Dans ce cas, le tarif hébergement réduit du coût alimentaire et le ticket modérateur correspondant au GIR 5/6 sont facturés.

Au-delà de 35 jours, le tarif hébergement et le ticket modérateur correspondant au GIR 5/6 sont facturés.

FACTURATION DE LA DEPENDANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'ABSENCE DE CONVENANCE PERSONNELLE

Les modalités sont prévues par le règlement départemental d'aide sociale et s'imposent à l'établissement comme aux résidents accueillis.

FACTURATION EN CAS DE RESILIATION DU CONTRAT

En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à échéance du préavis de 30 jours. En outre, dans le cas particulier où des scellés seraient apposés sur le logement, la période ainsi concernée donnerait lieu à facturation prévue jusqu'à la libération du logement.

En cas de décès, le logement devra être libéré dans un délai raisonnable (2 jours après le constat du décès). Le tarif d'hébergement (Annexe tarifaire) continue à s'appliquer, jusqu'au jour de l'état des lieux de sortie et ce pour 6 jours au maximum. Au-delà, la Direction peut procéder à la libération du logement.

RÉVISION

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

RÉSILIATION VOLONTAIRE

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

La notification en est faite à la Direction de l'établissement par lettre contre récépissé ou par lettre recommandée avec accusé de réception et moyennant un préavis de 30 jours de date à date, calculé à partir de la date de réception par l'établissement. Le logement est libéré au plus tard à la date prévue pour le départ.

RÉSILIATION A L'INITIATIVE DE L'ÉTABLISSEMENT

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 Directrice 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.

La Directrice de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. Les frais de séjour restent dus jusqu'au départ effectif du résident.

En cas d'urgence, la Directrice de L'EHPAD prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant s'il en existe un et, le cas échéant, du médecin coordonnateur de l'établissement. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, le résident et/ou son représentant légal sont informés par la Directrice dans les plus brefs délais de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement est libéré dans un délai de 15 jours après notification de la décision.

NON RESPECT DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT, DU PRÉSENT CONTRAT

INCOMPATIBILITÉ AVEC LA VIE COLLECTIVE

Des faits sérieux et préjudiciables peuvent motiver une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Dans ce cas, un entretien personnalisé sera organisé entre le responsable de l'EHPAD Les Capucines et l'intéressé accompagné éventuellement de la personne de son choix et/ou de son représentant légal et/ou de la personne de confiance.

En cas d'échec de cet entretien, la Directrice sollicite l'avis du Conseil de la Vie Sociale dans un délai de 30 jours avant d'arrêter sa décision définitive quant à la résiliation du contrat. Cette dernière est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au résident et/ou à son représentant légal.

Le logement est libéré dans un délai de 15 jours après la date de notification de la décision.

RÉSILIATION POUR DEFAUT DE PAIEMENT

Tout retard de paiement égal ou supérieur à 30 jours après la date d'échéance fera l'objet d'un entretien personnalisé entre la Directrice 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 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 logement est libéré dans un délai de 15 jours à compter de la notification de la résiliation du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Pour les personnes admises à l'Aide Sociale, l'absence de versement de la contribution pendant trois mois conduira l'établissement à mettre en place la procédure de perception d'office de leurs ressources, avec l'accord du Président du Conseil Départemental.

RÉSILIATION POUR DÉCÈS

Le représentant légal et les référents éventuellement désignés par le résident sont immédiatement informés par tous les moyens et éventuellement par lettre recommandée avec accusé de réception.

La Directrice de l'établissement s'engage à mettre en œuvre les moyens de respecter les volontés exprimées par écrit et remises sous enveloppe cachetée.

Si le conjoint survivant est logé dans la même chambre, l'établissement lui fait une proposition pour le reloger dans les meilleures conditions.

Le logement devra être libéré dans un délai raisonnable (2 jours après le constat du décès). Le tarif d'hébergement (Annexe tarifaire) continue à s'appliquer, jusqu'au jour de l'état des lieux de sortie et ce pour 6 jours au maximum. Au-delà, la Direction peut procéder à la libération du logement.

En qualité de structure à caractère public, l'établissement s'inscrit dans le cadre spécifique du droit et de la responsabilité administrative, pour ses règles de fonctionnement et l'engagement d'un contentieux éventuel. Il est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Les règles générales de responsabilité applicables pour le résident dans ses relations avec les différents occupants sont définies par les articles 1382 à 1384 du Code Civil, sauf si la responsabilité de l'établissement est susceptible d'être engagée (défaut de surveillance...).

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

Au titre de l'assurance des biens et objets personnels, le résident :

- ☐ **a souscrit** une assurance dommage dont il délivre annuellement une copie de la quittance à l'établissement,
- ☐ **n'a pas souscrit** d'assurance à la signature du contrat mais s'engage à délivrer copie de la quittance dans le cas où il viendrait à en souscrire une.

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

En ce qui concerne les objets de valeur tels que : bijoux, valeurs mobilières, il est demandé au résident de les déposer auprès du régisseur de l'établissement (Trésor Public de POITIERS).

Toutes dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute actualisation du contrat de séjour, approuvée par le Conseil d'Administration après avis du Conseil de la vie sociale, fera l'objet d'un avenant.

PIÈCES JOINTES AU CONTRAT

- Livret d'accueil auquel est annexé une charte des droits et des libertés de la personne hébergée ; la charte est affichée à l'entrée de l'établissement,
- Le règlement de fonctionnement tel que défini à l'article L.311-7 dont le résident et/ou son représentant - légal déclarent avoir pris connaissance,
- Liste des professionnels de santé ayant signé une convention avec l'établissement.

PIÈCES JOINTES AU CONTRAT ET A REMPLIR OU FOURNIR A L'ÉTABLISSEMENT

- ☐ Formulaire de désignation de la personne de confiance par le résident le cas échéant
- ☐ Annexe tarifaire de chaque prestation
- ☐ Engagement de paiement
- ☐ Engagement de réservation
- ☐ Acte de cautionnement solidaire
- ☐ Autorisation d'utilisation, reproduction et diffusion d'image
- ☐ Contrôle de l'espace privatif du résident
- ☐ Collecte, conservation et traitement des données personnelles

AUTRES PIÈCES A FOURNIR A L'ÉTABLISSEMENT

- ☐ Copie de jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice le cas échéant
- ☐ Attestation d'assurance de responsabilité civile
- ☐ Attestation de l'assurance dommage aux biens et objets personnels le cas échéant
- ☐ Directives anticipées sous pli cacheté le cas échéant
- ☐ Formulaire de déclaration du choix du médecin traitant

Je soussigné (e) _____ déclare :

- ☐ **avoir reçu** l'ensemble des pièces jointes au contrat et en avoir pris connaissance
- ☐ **accepter** les termes du présent contrat de séjour.

Fait en double exemplaire à CIVRAY, le _____

Le Résident (ou son représentant légal)

La Directrice

EXPRIMER SES DIRECTIVES ANTICIPÉES

La loi Leonetti-Claeys du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie permet à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées.

Article 1111-11 du code de la santé publique :

« 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. »

QUI PEUT RÉDIGER LES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

Toute personne majeure : les personnes en bonne santé et les personnes qui ont une maladie grave.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter.

La rédaction de directives anticipées est une possibilité qui vous est offerte.
En aucun cas, elle n'est obligatoire.

COMMENT LES RÉDIGER ?

Selon votre état de santé, l'accompagnement médical peut se révéler indispensable.

Il s'agit d'un document écrit par vous-même, daté et signé.

Votre identité doit être clairement indiquée (nom, prénom, date et lieu de naissance).

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer, 2 témoins (la personne de confiance peut en faire partie) attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée.

QUAND LES RÉDIGER ?

À tout moment de la vie.

COMBIEN DE TEMPS SONT-ELLES VALABLES ?

Les directives anticipées sont valables sans limite de temps, révisables et révocables à tout moment.

OÙ LES CONSERVER ?

Dans un endroit facilement accessible :

- Auprès de votre médecin traitant,
- Avec vous (avec la CARTE VITALE) ou confiées à un proche ou à votre personne de confiance
→ communiquer au médecin leur existence qui le mentionnera dans le dossier médical.

QUELQUES CONSEILS

Réfléchissez à tout ce qui vous semble important pour votre existence et votre fin de vie : quels sont vos souhaits en termes de qualité de vie, de confort et de respect de votre personne ?

N'hésitez pas à en parler avec votre entourage, les soignants, votre médecin traitant ou toute personne qui pourrait vous aider.

CHOISIR SA PERSONNE DE CONFIANCE

La loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner » permet à toute personne majeure de désigner une personne de confiance.

Article 1111-6 du code de la santé publique : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. »

La désignation d'une personne de confiance est une possibilité qui vous est offerte. En aucun cas, elle n'est obligatoire.

QUEL EST SON RÔLE ?

La personne de confiance est une aide, un soutien et un accompagnement dans votre parcours médical. Elle est un interlocuteur privilégié de l'équipe de soins.

Avec votre accord, la personne de confiance peut :

- Vous accompagner dans vos démarches,
- Assister à vos entretiens médicaux pour vous aider à prendre des décisions,
- Être dépositaire de vos directives anticipées.

Dans le cas où vous ne pourriez pas vous exprimer, elle témoigne de vos choix de traitement et de votre volonté.

COMMENT LA DÉSIGNER ?

- Choisir votre personne de confiance ;
- L'informer de ses missions, de son rôle ;
- Vous assurez de son accord ;
- La désignation doit se faire par écrit, sur formulaire ou papier libre ; et doit être datée et signée en précisant le nom, prénom, coordonnées et signature de la personne désignée.

QUI PEUT DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Toute personne majeure y compris celle faisant l'objet d'une mesure de tutelle.

QUI PEUT ÊTRE DÉSIGNÉ ?

Une personne majeure, en qui vous avez confiance :

- Un parent, votre conjoint(e),
- Un proche, un ami,
- Votre médecin traitant.

QUAND LA DÉSIGNER ?

À tout moment : à l'admission, avant ou au cours de votre séjour.

La désignation faite lors d'une hospitalisation peut être valable pour la durée de celle-ci ou au-delà.

Possibilité de révoquer cette désignation à tout moment.

La personne de confiance ne pourra pas obtenir communication de votre dossier médical (sauf si vous lui faites une procuration).

Si vous êtes hospitalisé, le témoignage de la personne de confiance est pris en compte, mais en dernier lieu c'est au médecin qu'il revient de prendre la décision.

ANNEXES

FORMULAIRE DE DIRECTIVES ANTICIPÉES

Nom, prénom : _____

Né(e) le : _____ à _____

Domicilié(e) à : _____

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil :

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - J'ai l'autorisation du juge | Oui ☐ | Non ☐ |
| - du conseil de famille | Oui ☐ | Non ☐ |

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

Informations ou souhaits

Que je veux exprimer en dehors de mes directives anticipées figurant sur la fiche ci-après.

Si je pense que, pour bien comprendre mes volontés exprimées dans l'un des modèles, ci-après, le médecin qui **s'occupera** de moi lors de ma fin de vie doit connaître :

- certaines informations (par exemple sur ma situation personnelle, ma famille ou mes proches)
- certaines de mes craintes, de mes attentes ou de mes convictions (par exemple sur la solitude et la douleur en fin de vie ou sur le lieu où je souhaite finir mes jours), Je les écris ici :

Fait le _____ à _____

Signature

FORMULAIRE DE DIRECTIVES ANTICIPÉES

Modèle A

- ➔ Je suis atteint d'une maladie grave
- ➔ Je pense être proche de la fin de ma vie

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie. Mes volontés sont les suivantes : 1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie). J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet. La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

➔ J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : _____
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : _____
- Une intervention chirurgicale : _____
- Autre : _____

➔ Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : _____
- Dialyse rénale : _____
- Alimentation et hydratation artificielles : _____
- Autre : _____

➔ Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur. En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Fait le _____ à _____

Signature

FORMULAIRE DE DIRECTIVES ANTICIPÉES

Modèle B

- ➔ Je pense être en bonne santé
- ➔ Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie. Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Fait le _____ à _____

Signature

FORMULAIRE DE DIRECTIVES ANTICIPÉES**Cas particulier**

➔ Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux témoins désignés ci-dessous (dont l'un peut être votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms : _____

Qualité : _____

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme

Fait le _____ à _____

Signature

Témoin 2 : Je soussigné(e)

Nom et prénoms : _____

Qualité : _____

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme

Fait le _____ à _____

Signature

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) ☐ Mlle ☐ Mme ☐ M

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Désigne ☐ Mlle ☐ Mme ☐ M

Nom, prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____ Fax : _____

E-mail : _____ @ _____

Lien avec la personne (parent, proche, médecin traitant) : _____

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

- ☐ Jusqu'à ce que j'en décide autrement
- ☐ Uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que Mlle, Mme, M _____

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin.
- Sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

Fait le _____ à _____

Signature

LES DISPOSITIFS MÉDICAUX

MATÉRIEL MÉDICAL

Si vous êtes propriétaire de matériels, il vous est possible de les amener à l'EHPAD (fauteuil roulant, déambulateur, canne...). Si vous êtes locataire de ces matériels, préalablement à votre admission à l'EHPAD Les Capucines, nous vous invitons à vous rapprocher du prestataire (lit médicalisé, déambulateur, lève-personne, fauteuil roulant, appareil respiratoire, aérosol, etc...), cela vous permettra de l'informer de la date de votre entrée dans l'établissement afin qu'il mette fin au contrat de location dès votre admission. En effet, les coûts de maintien de location après admission ne vous seront pas remboursés ni par l'établissement, ni par la sécurité sociale.

Lors de votre admission :

Une évaluation de vos besoins sera réalisée. Du matériel sera mis à votre disposition ou une demande de financement sécurité sociale peut être rédigée dans certaines situations.

ÉVALUATION BUCCO-DENTAIRE

En vue d'améliorer le confort et la qualité de soins apportés aux résidents de l'EHPAD Les Capucines, nous souhaitons vous informer que des chirurgiens-dentistes interviendront au sein de la structure.

L'objet de leur venue portera sur l'évaluation bucco-dentaire de chaque résident ayant donné leur consentement. A l'issue de cette consultation, qui sera prise en charge par la caisse d'assurance maladie et la mutuelle du résident, un diagnostic pourra être établi.

CONSENTEMENT DU RESIDENT OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

Nom et Prénom du résident : _____

Représentant : _____

Lien de parenté avec le résident désigné ci-dessus : _____

- ☐ **Souhaite** bénéficier d'une évaluation bucco-dentaire
- ☐ **Ne souhaite pas** bénéficier d'une évaluation bucco-dentaire

Fait le _____ à _____

Signature

CONSENTEMENT DOCTOLIB

Afin de prendre un rendez-vous sur DOCTOLIB par les infirmiers avec un spécialiste.

CONSENTEMENT DU RESIDENT OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

Nom et Prénom du résident : _____

Représentant : _____

Lien de parenté avec le résident désigné ci-dessus : _____

- ☐ **Autorise** à utiliser les services de Doctolib pour gérer des données médicales (Prise de RDV)
- ☐ **N'autorise pas** à utiliser les services de Doctolib pour gérer des données médicales

Fait le _____ à _____

Signature

DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ – PORTAIL HÔPITAUX 86

Dossier Médical Partagé

Le DMP est un dossier médical, créé avec le consentement du patient. Il contient toutes les informations médicales utiles à la prise en charge des patients. Volet de synthèse médicale (pathologies, antécédents, traitements, intolérances médicamenteuses, allergies),

Les comptes rendus d'hospitalisation et de consultations, les résultats d'examens.

Il est partagé, car accessible au patient et à tous les professionnels de santé (en ville et en établissements de santé) qui le prennent en charge : depuis le logiciel métier pour les professionnels de santé (ou par Internet) et sur internet pour le patient.

Les avantages du DMP sont :

- partage et suivi des informations médicales du patient par les professionnels de santé ;
- évitement des examens redondants et interactions entre médicaments ;
- consultation dans les situations d'urgence ;
- notification de l'ensemble des traces (qui a accédé, quand, pour quoi faire...).

Portail Hôpitaux 86

Le Portail Hôpitaux86 est un carnet de santé informatisé. C'est un outil moderne et performant qui permet d'améliorer la coordination, la qualité et la continuité des soins pour tous. Ainsi, les professionnels de santé du CHU de Poitiers et du GHNv peuvent obtenir en quelques instants des informations précieuses sur l'état de santé de leurs patients.

Votre médecin traitant dispose également d'un accès au portail Hôpitaux 86 qui lui permet de mieux coordonner votre parcours de soins.

En tant que patient, vous avez la possibilité d'autoriser d'autres professionnels de santé à accéder à ce portail. Cet accès, sous réserve de votre demande expresse, est alors encadré par de strictes exigences de confidentialité pour garantir à la fois l'authenticité du médecin qui se connecte et votre accord.

Vous pouvez donc demander l'ouverture de votre portail au(x) professionnel(s) de santé de votre choix (médecin coordonnateur de l'EHPAD, médecin spécialiste) en complétant l'encadré ci-dessous

CONSENTEMENT DU RÉSIDENT OU DE SON REPRÉSENTANT LÉgal

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Représentant : _____

Lien de parenté : _____

Accepte la création de son DMP et l'accès à celui-ci ☐

Refuse la création de son DMP et l'accès à celui-ci ☐

Donne mon accord à l'utilisation du Portail Hôpitaux 86 pour les médecins suivants :

Médecin traitant oui ☐ Non ☐

Médecin coordonnateur de l'EHPAD : oui ☐ Non ☐

Autres médecins : Nom et prénom : _____

Date :

Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - INTERVENANTS EXTÉRIEURS

Afin de faciliter la continuité de vos habitudes de vie, merci de bien vouloir nous indiquer les noms, numéros et adresses des professionnels que vous avez choisis pour vous suivre dans la structure.



LISTE DES MEDECINS TRAITANTS INTERVENANT A L'EHPAD

Docteur SUAREZ Jérémie – Savigné
 Docteur SOL Hélène - Romagne
 Docteur BAILLOUX Francis – Savigné
 Docteur GEAY Sylvie - Civray
 Docteur MOREAUD Nicole - Civray
 Docteur GUILLAUD Marie-Eugène - Savigné
 Docteur PROVOST Julien - Civray
 Docteur PAITEL Charles - Civray
 Docteur EDWIGE Chantal – Sauzé-Vaussais

Mon médecin :



LISTE DES PHARMACIENS INTERVENANT A L'EHPAD

Docteur CHABBERT Karine - Ruffec

Mon pharmacien :



LISTE DES KINESITHERAPEUTES INTERVENANT A L'EHPAD

Madame BLAIN Anaïs et ANQUETIN Camille - Civray

Mon kiné :



LISTE DES PÉDICURES INTERVENANT A L'EHPAD

Monsieur BOBET Flavien – Savigné

Mon pédicure-podologue :



LISTE DES AMBULANCIERS INTERVENANT A L'EHPAD

Ambulance Sud Vienne, M. PAQUEREAU - Civray
 Ambulance Civraisienne - Civray
 Ambulance Savin – Joussé
 Ambulance Cœur Poitou – Chauvin – Sauzé-Vaussais

Mon ambulancier :



LISTE DES COIFFEUSES INTERVENANT A L'EHPAD

Madame MARTRON Corinne – Saint Pierre d'Exideuil
 Madame VIDEAU Emeline – Coiffeuse à domicile

Mon/ma coiffeur(se) :



LISTE DES ESTHETICIENNES INTERVENANT A L'EHPAD

Madame NOMADE Patricia – Esthéticienne à domicile

Mon esthéticienne :

Cette liste est indicative et n'est pas exhaustive. Chaque personne conformément à la loi est libre de choisir ses intervenants. La liste est remise à titre d'information, en aucun cas elle n'impose de changer d'intervenant. Nous pouvons aussi contacter les professionnels de votre choix pour savoir s'ils acceptent d'intervenir dans l'établissement. N'hésitez pas à vous renseigner à l'accueil.

ANNEXE TARIFAIRE 2026

TARIFICATION - EHPAD LES CAPUCINES

CATÉGORIE	DÉTAIL	UNITÉ	janv-26
PRESTATIONS DE SOIN ET D'ACCOMPAGNEMENT EN EHPAD			0,86%
GARANTIE	Le dépôt de garantie à l'entrée du résident correspond à 30 jours de tarif hébergement		
RÉSERVATION	Résident provenant du domicile ou d'un foyer logement	par jour	74,62 €
	Résident hospitalisé (prix hébergement - forfait journalier hospitalier)	par jour	54,62 €
HÉBERGEMENT	Hébergement Permanent (aide sociale)	par jour	62,05 €
	Hébergement Permanent (résidents payants présents au 30.11.2024)	par jour	67,67 €
	Hébergement Permanent (nouveaux résidents payants)	par jour	74,62 €
	Hébergement des résidents de moins de 60 ans (payants nouveaux entrants)	par jour	74,62 €
	Hébergement des résidents de moins de 60 ans (payants présents au 30/11/2024)	par jour	67,67 €
	Hébergement des résidents de moins de 60 ans (aide sociale)	par jour	62,05 €
PRÉAVIS	Préavis jusqu'à l'état des lieux (6 jours maximum) : tarif fixé en fonction du profil résident		
DEPENDANCE	GIR 1/2 (part APA prise en charge par le conseil départemental)	par jour	15,52 €
	GIR 3/4 (part APA prise en charge par le conseil départemental)	par jour	7,76 €
	GIR 5/6 (ticket modérateur à la charge du résident payant)	par jour	5,72 €
	Dépendance des résidents de moins de 60 ans (payants)	par jour	19,25 €
	Dépendance des résidents de moins de 60 ans (aide sociale)	par jour	19,25 €
ACCOMPAGNATEUR	Accompagnateur pour les rendez-vous des résidents	par heure	38,43 €

PRESTATIONS HÔTELIÈRES

 TÉLÉPHONIE	Forfait téléphonie (communication illimitées en France)	par mois	19,21 €
	Remplacement d'un téléphone détérioré	à l'unité	21,96 €
 BLANCHISSERIE	Les résidents peuvent avoir un téléphone dans leur chambre avec un numéro de ligne directe et doivent le cas échéant, faire part de cette volonté dès leur admission. Le résident ou son représentant légal souhaite (cocher la case de votre choix) : ☐ mise à disposition d'un téléphone ☐ pas de téléphone mis à disposition		
	Blanchisserie (résidents payants présents avant 01/01/2023)	par mois	75,00 €
 REPAS EN FAMILLE	Le linge des résidents peut être entretenu par l'établissement ou par la famille. Le résident ou son représentant légal souhaite (cocher la case de votre choix) : ☐ Entretenir son linge personnel ☐ Que l'établissement entretienne son linge personnel		
	Repas ou pique-nique des familles (incluant activités et animations)	par repas	25,26 €
	Repas invités adultes	par repas	21,41 €
 AUTRE	Repas invités enfants de moins de 12 ans	par repas	10,76 €
	Débarrassage de chambre	à l'unité	154,06 €
	Prestation chambre reposoir	forfaitaire	181,55 €
	Intervention Agent Technique	Par heure	36,43 €

AUTRES PRESTATIONS

 AUTRES PRESTATIONS	Location coffre-fort	par mois	16,47 €
	Photocopies	à l'unité	1,10 €
	Prestation (coiffeur, pédicure, ...) : tarifs fixés par l'intervenant concerné par le service		
	Les achats à la boutique de l'établissement sont facturés sur la facture mensuelle d'hébergement ou sur émission d'une facture mensuelle (pour les résidents à l'Aide Sociale)		

Fait-le _____ à _____

Signature

ACHATS BOUTIQUE

Madame, Monsieur,

L'EHPAD Les Capucines a le plaisir de vous informer que l'épicerie ambulante vient à votre rencontre tous les jeudis :

à 15h00 au Secteur 2

à 15h45 au secteur 1

à 16h20 au secteur 3.

Vous pourrez y trouver différents articles (produits de toilette, friandises, papeterie...).

Le règlement des articles se fera au moment de la facture mensuelle d'hébergement ou sur émission d'une facture mensuelle (pour les résidents à l'Aide Sociale).

Il est demandé à chaque référent/tuteur de fixer le montant mensuel des dépenses à prévoir.

Mme / M

Référent légal ou référent familial de

Autorise ☐ les achats à la boutique des résidents

N'autorise pas ☐ les achats à la boutique des résidents

Montant accordé par mois _____ Euros

Fait le _____ à _____

Signature

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je soussigné(e) ☐ Mlle ☐ Mme ☐ M

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Représenté(e) par _____

☐ M'engage à verser le tarif hébergement + le Tarif du GIR de son évaluation.

☐ Dépose ☐ Ne dépose pas
une demande d'aide sociale auprès des services intéressés (DGAS)

Au cas où le bénéfice de l'aide sociale serait refusé en totalité ou accordé partiellement, je confirme mon engagement de payer la part des frais de séjour incombant à :

☐ Mlle ☐ Mme ☐ M _____

- Les résidents admis dans l'établissement au titre de l'aide sociale aux personnes âgées sont informés que la perception de l'intégralité de leurs revenus sera assurée par le Comptable de l'établissement à la demande de l'établissement, à charge pour lui de reverser à l'intéressé(e) la somme mensuelle de _____ Euros.
N° 86-17 du 6 janvier 1986, Art 59.
- Je m'engage sous peine de renvoi de l'établissement, à payer régulièrement les frais d'hébergement et de dépendance réclamés selon l'arrêté départemental en vigueur et conformément aux modalités définies dans le présent contrat de séjour.
- Je m'engage, en outre à payer tout supplément qui pourrait être demandé dans l'avenir pour ce prix de journée « Hébergement + Dépendance (GIR) » et qui serait décidé par une Délibération du Conseil d'Administration dûment approuvée par l'autorité de tutelle (Conseil Général de la Vienne).

Fait le _____ à _____

Signature

ENGAGEMENT DE RÉSERVATION

Je soussigné(e) _____ certifie réserver la
chambre n° _____ pour _____
à compter du _____ et m'engage à payer les frais de réservation à compter du
jour de la réservation.

Fait le _____ à _____

Signature

ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE (Article 2011 du Code civil)

ÉTABLISSEMENT : EHPAD Les Capucines, 16 avenue Jean Jaurès, 86400 Civray

Caution signataire du présent engagement

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable (cf : voir annexe de tarification page 28) est de :

74,62€ (hébergement) et 5,72€ (dépendance)

Somme en toute lettre : _____

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- Règlement de fonctionnement pour le paiement :

- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président de Conseil Général,
- 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,
- pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles.

[illegible]

Signature (précédée de la mention manuscrite)

« Lu et approuvé pour caution solidaire »

« lu et approuvé, bon pour acceptation »

AUTORISATION D'UTILISATION, REPRODUCTION ET DIFFUSION D'IMAGE

Je soussigné(e) ☐ Mlle ☐ Mme ☐ M

NOM : _____ Prénom : _____

Demeurant à l'EHPAD Les Capucines, 16 avenue Jean Jaurès, 86400 Civray, autorise expressément cet établissement :

- A fixer, reproduire et diffuser mon image, en tout ou en partie, en nombre illimité, à titre gracieux, en tout formats en couleur et/ou en noir et blanc, sur tous supports connus actuels ou à venir.

(Merci de cocher les cases souhaitées).

☐ **La prise de photographies dans le cadre des activités quotidiennes**, des animations et des sorties organisées par l'établissement, la diffusion des photographies réalisées pour les usages suivants (Exposition de photographies au sein de l'établissement, publication sur les différents supports de l'établissement (papier, numérique...),

☐ **L'utilisation au sein du logiciel de soin**, à l'usage exclusif des personnels soignants et administratifs et dans des situations d'urgences (listings à l'usage des professionnels urgentistes et de secours).

- En conséquence, je garantis l'EHPAD Les Capucines contre tous recours et/ou action que pourraient former les personnes physiques ou morales qui estimeraient avoir des droits quelconques à faire valoir sur l'utilisation de mon image.
- Cette autorisation est accordée pour une durée illimitée à compter de la signature des présentes, formalisée par écrit, et restera valable en cas de changement de mon état civil actuel.
- Je déclare reconnaître et accepter que la présente autorisation ne deviendra pas caduque après mon départ, ou de toute nouvelle entité qui lui serait substituée.

Fait le _____ à _____

Signature

CONTRÔLE DE L'ESPACE PRIVATIF DU RÉSIDENT

(Article L.313-13-1 du Code de l'action sociale et des familles ; Décret n°2025-1393 du 29 décembre 2025)

Contrôle de l'espace privatif

Dans le cadre de la prise en charge du résident, l'établissement peut être amené, lorsque la situation l'exige et dans le respect des droits et libertés de la personne accueillie, à procéder à des mesures de contrôle de l'espace privatif du résident (chambre et espaces assimilés), notamment à des fins de sécurité, de prévention des risques, de protection de la santé ou du bien-être du résident ou des tiers.

Ces mesures sont strictement limitées à ce qui est nécessaire, proportionnées à la situation, et mises en œuvre dans le respect de la dignité, de l'intimité et de la vie privée du résident.

Le résident / son représentant légal :

☐ **Donne son accord** à la mise en œuvre de mesures de contrôle de l'espace privatif, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

☐ **Refuse** la mise en œuvre de toute mesure de contrôle de l'espace privatif.

Cet accord ou refus pourra être révisé à tout moment à la demande du résident, de son représentant légal ou de l'établissement, et fera l'objet d'une actualisation formalisée de la présente annexe.

Formule de validation

Fait à _____, le _____

Signature du résident ou de son représentant légal :

Nom et qualité :

Signature :

Signature du représentant de l'établissement :

Nom et fonction :

Signature :

COLLECTE, CONSERVATION ET TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

(Règlement (UE) 2016/679 – RGPD et loi Informatique et Libertés ; Décret n°2025-1395 du 29 décembre 2025)

Données personnelles – Information et consentement

Dans le cadre de la prise en charge du résident, l'établissement est amené à collecter, conserver et traiter des données à caractère personnel, y compris des données de santé, strictement nécessaires à l'accompagnement, aux soins, à la gestion administrative et à la continuité de la prise en charge. Ces données sont traitées conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) et à la législation nationale applicable. Elles sont destinées exclusivement aux professionnels habilités de l'établissement et, le cas échéant, aux partenaires autorisés participant à la prise en charge.

Le résident ou son représentant légal a été informé :

- des finalités des traitements mis en œuvre,
- des catégories de données collectées,
- de la durée de conservation,
- de ses droits (accès, rectification, effacement, limitation, opposition, portabilité),
- des modalités d'exercice de ces droits.

Le résident / son représentant légal :

☐ **Donne son accord** à la collecte, la conservation et au traitement de ses données personnelles dans les conditions décrites ci-dessus.

☐ **Refuse** la collecte, la conservation et le traitement de ses données personnelles au-delà de ce qui est strictement requis par les obligations légales et réglementaires.

Le présent accord ou refus pourra être modifié à tout moment par écrit, sans préjudice de la licéité des traitements déjà effectués.

Formule de validation

Fait à _____, le _____

Signature du résident ou de son représentant légal :

Nom et qualité :

Signature :

Signature du représentant de l'établissement :

Nom et fonction :

Signature :

16 avenue Jean Jaurès - 86400 CIVRAY - ☎ 05 49 87 02 91 - 📠 05 49 87 90 25

Courriel : administration@ehpadlescapucines.fr

<http://www.ehpadlescapucines.fr>



EHPAD Les Capucines

16 avenue Jean JAURÈS

86 400 CIVRAY



Tél : 05 49 87 02 91

Fax : 05 49 87 90 25

Mail : accueil@ehpadlescapucines.fr

<http://www.ehpadlescapucines.fr>