



**MAISON DE RETRAITE – 3, rue du Val d’Orient – 22690 PLEUDIHEN-sur-RANCE**

Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

☎ 02 96 83 20 66 ( 2 lignes groupées) ☎ 02 96 88 22 12

E.Mail : [ehpad.pleudihen@wanadoo.fr](mailto:ehpad.pleudihen@wanadoo.fr)

N° .....

## Contrat de séjour

**Le contrat de séjour définit les obligations du résident et celles de l’établissement. En application de l’article 1134 du Code civil, ces obligations « tiennent lieu de loi entre les deux parties ». Par conséquent vous êtes invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention.**

La Maison de retraite **LA CONSOLATION** est un établissement public administratif géré par le Conseil d’Administration du Centre Communal d’Action Sociale (C.C.A.S), présidé par le Maire de Pleudihen. Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l’aide sociale et répond aux normes pour l’attribution de l’Aide Personnalisée au Logement (A.P.L).

**Il est conclu entre les soussignés :**

D’une part,

**Monsieur le Président du CCAS ou Le Directeur de la MAISON DE RETRAITE LA CONSOLATION**

**3 rue du Val d’ORIENT 22690 PLEUDIHEN SUR RANCE**

représentant le gestionnaire de l’établissement

D’autre part,

**Mme ou/et M.**.....

Né le .....à .....

Née le .....à .....

Désigné **Résident**

Eventuellement Représenté par :

**Mme ou M.**.....

Né(e) le .....à .....

Adresse : .....

Lien : .....

Si représentant légal, préciser tuteur ou curateur et joindre une photocopie du jugement : .....

**Il est convenu ce qui suit :**

La Maison de retraite **LA CONSOLATION** reçoit des personnes âgées d’au moins 60 ans, seule ou en couple, *et de moins de 60 ans avec dérogation du Conseil Général*. L’admission est prononcée par le

directeur de l'établissement après avis du médecin coordonnateur de l'établissement et du médecin traitant.

L'établissement est réservé en priorité aux personnes âgées de Pleudihen-sur Rance mais reçoit également des personnes âgées d'autres communes, dans la limite des places disponibles. "LE" ou "LA" future pensionnaire sera désigné tout au long de ce contrat sous le terme de "Résident". L'admission est prononcée par le directeur de l'établissement après avis du médecin coordonnateur de l'établissement et du médecin traitant après production : d'une *fiche d'inscription dûment remplie*, d'une *fiche d'autonomie* par le Médecin traitant, d'une *carte d'immatriculation* à un organisme de Sécurité Sociale avec l'*attestation d'ouverture de droits*, éventuellement une *carte de mutuelle* plus une *attestation de Responsabilité Civile*

## Il a été préalablement rappelé ce qui suit :

Le CCAS de Pleudihen sur Rance,

assure la gestion d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dont M/Mme. ....a souhaité devenir résident(e).

Il est tout d'abord rappelé que :

*Conformément à l'article Art. D. 311-0-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), le Résident s'est vu(e) rappelé(e) qu'elle/il pouvait désigner une personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du même Code et à cet effet s'est vu(e) remettre, ainsi que, le cas échéant, à son représentant légal, une notice d'information établie conformément au modèle fixé en annexe 4-10.*

*Conformément à l'article R. 1111-19 du Code de la santé publique et dans le cadre de sa prise en charge, l'établissement a interrogé le résident sur l'existence de directives anticipées.*

Madame / Monsieur ..... a rédigé des directives anticipées. Leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est dépositaire sont renseignées dans le dossier de soins de Madame / Monsieur ....., tel que mentionné à l'article D.312-158 8° du CASF.

OU

Madame/ Monsieur----- n'a pas rédigé de directives anticipées. S'il le souhaite, il pourra le faire à tout moment.

Lors de l'entretien qui s'est tenu et conformément à l'article L 311-4 du CASF, Madame/Monsieur ..... suite à la délivrance d'explications orales adaptées à son degré de compréhension, et après que le directeur ait recherché son consentement, l'ai informé de ses droits et se soit assuré de leur compréhension, a confirmé son souhait d'être accueilli(e) au sein de l'établissement.

Dans le cadre de la signature du présent contrat, il a été à nouveau expressément rappelé au résident (ou à son représentant légal) que conformément à la loi, il pouvait se faire accompagner de sa personne de confiance afin de rechercher si nécessaire son consentement, l'aider dans sa prise de décisions ainsi que dans la compréhension de ses droits, conformément à l'article L 311-5-1 du Code de l'Action sociale et des Familles (CASF).

Ceci posé et conformément à la législation applicable et notamment :

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés »

La loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;  
La loi n°2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation ;  
La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;  
La loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie  
Aux articles L.311-3 à L.311-5-1, D.311, R.314-204 et L.342-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles ;  
Aux articles L.1111-6, L.1113-1 et suivants, R.1113-1 et suivants du Code de la santé publique ;  
Au décret 97-426 du 28 avril 1997 portant sur la définition des niveaux de dépendance ;  
Aux recommandations de la Commission des clauses abusives n°85-03 et 08-02 ;  
A la conférence du consensus des 14 et 15 janvier 2004  
Au règlement de fonctionnement et au livret d'accueil de l'établissement dont Madame/Monsieur atteste avoir pris connaissance préalablement à la signature du présent contrat. \* (Paraphe)

Il doit être établi entre l'établissement et le résident un contrat de séjour.

Ce contrat a pour objet de définir la nature et le contenu de l'accompagnement des personnes accueillies, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ainsi que du projet d'établissement. Il précise les droits et obligations des résidents et de l'établissement. Il est remis accompagné du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil.

**Ce document a valeur contractuelle ; il y sera fait référence en cas de litige et le résident est donc invité(e) à en prendre connaissance avec attention.**

Le personnel est lié à l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits, informations ou documents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Tout résident, qui peut être accompagné de sa personne de confiance, et le cas échéant le représentant légal, a accès sur demande formulée par écrit à son dossier médical et d'accompagnement, conformément à la législation.

C'est dans ce contexte qu'il a été établi ce qui suit, conformément aux dispositions légales et dans le respect des valeurs humaines, sociales et/ou associatives de l'établissement et des décisions des instances de la structure qui en découlent.

**CECI PREALABLEMENT RAPPELE,  
IL A ETE CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT:**

**I – DUREE DU CONTRAT**

Le présent contrat est conclu pour :

- une durée indéterminée à compter du.....
- une durée déterminée, du .....au.....

La date d'entrée du résident est fixée par les deux parties.

La date de début de contrat détermine, la date de départ de la facturation des prestations.

L'admission est prononcée par le directeur après examen :

- d'un dossier administratif (la liste des documents nécessaires figure dans le livret d'accueil remis lors de l'entretien préalable)
- de avis du médecin coordonnateur de l'établissement et du médecin traitant.

**II – DESCRIPTION DES PRESTATIONS**

Les modalités et les conditions de fonctionnement sont définies dans le Règlement de fonctionnement remis à la personne ou à son représentant légal avec le présent contrat. Durant son séjour, le résident

s'engage à se conformer aux termes du présent contrat et au règlement de fonctionnement, dont il a pris connaissance.

## **1- Description du logement mis à disposition et des équipements fournis**

La chambre n°..... situé au.....étage est mis à disposition de M. ou Mme.....

Il s'agit d'une chambre individuelle/double, équipée d'une salle de bain.

La description du logement, du mobilier et des équipements mis à disposition du résident fait l'objet d'un état des lieux écrit et contradictoire, dressé à l'entrée du résident. Il figure en annexe du présent contrat.

- **Eau, électricité, chauffage**

La fourniture de l'électricité, du chauffage et de l'eau sont comprises dans le montant total des frais de séjour.

- **Téléphone et télévision**

Votre appartement est équipé de prises pour le téléphone. Pour disposer d'une ligne téléphonique personnelle, vous devez prendre contact avec le secrétariat. Les communications et l'abonnement vous seront facturés à titre personnel par l'établissement.

Votre chambre dispose d'un téléviseur, toutefois vous pouvez y connecter votre téléviseur. Il vous revient de vous acquitter du paiement de la Redevance Audiovisuelle.

## **2- Entretien du logement**

L'hygiène globale est assurée par l'établissement ; cependant l'établissement encourage l'autonomie de la personne : l'entretien quotidien de votre appartement peut-être assuré par vos soins.

Un agent d'entretien pourra assurer les petites réparations dans votre logement.

## **3- Restauration**

L'établissement assure la fourniture des petits-déjeuners, déjeuners, dîners. Les petits-déjeuners sont pris dans les chambres, et les repas sont servis dans la salle à manger. Le repas en chambre ne peut avoir lieu que lorsque l'état de santé du résident ne lui permet pas de se déplacer.

Les régimes alimentaires ne font l'objet d'aucun supplément.

Le résident peut inviter les personnes de son choix au déjeuner. Le menu du jour leur est servi dans un salon privé. Le prix du repas est fixé par le Conseil d'Administration et communiqué aux intéressés chaque année.

## **4- Entretien du linge**

Une liste indicative du trousseau est remise au résident lors de la visite de préadmission. Le résident ou sa famille doit veiller à entretenir (raccomodage, retouches) et renouveler le trousseau aussi souvent que nécessaire.

Le linge personnel est lavé et repassé par l'établissement. Il est recommandé de privilégier des effets supportant des lavages fréquents.

Concernant le linge fragile, l'entretien doit en être assuré par la famille ou le résident.

L'ensemble du linge personnel, celui apporté au moment de l'entrée et celui acquis en cours du séjour, doit être marqué :

Soit avec des étiquettes brodées et cousues au nom et prénom du résident et cela à votre charge.

Soit avec des étiquettes fournies par la Maison de retraite thermocollées par les lingères de l'établissement pour une somme **forfaitaire de 50 euros**.

## 5- Soins

L'objectif de la prise en charge de la personne âgée à la résidence est de favoriser son autonomie. Le personnel accompagne le résident dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie en recherchant sa participation chaque fois que possible.

L'établissement assure une permanence soignante 24h/24h : appel malade, veille de nuit. Les aides apportées au résident concernent la toilette, les autres soins quotidiens du corps (coiffure, rasage...) l'alimentation, l'habillement, les déplacements à l'intérieur de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien de l'autonomie (certains déplacements à l'extérieur de l'établissement, ateliers d'animation....)

L'établissement assure une prise en charge de l'urgence. En cas de besoin, la Direction prend toute mesure appropriée aux circonstances. La famille ou le représentant en est informé.

Le résident conserve le libre choix de son médecin traitant et des praticiens libéraux (infirmier, kinésithérapeute...) qu'il souhaite consulter. Les frais ainsi occasionnés sont à sa charge et peuvent être remboursés par la Sécurité Sociale et éventuellement par une assurance complémentaire ou mutuelle.

Ne sont pas assurés par l'établissement :

- les transports à l'extérieur (ambulance...)
- les consultations réalisées par les médecins libéraux
- les soins dentaires, les prothèses dentaires et auditives
- les frais paramédicaux, les frais pharmaceutiques, les frais de laboratoire
- les bas et collants de contention
- les soins de pédicure

Certaines de ces prestations sont, sous certaines conditions, remboursables par l'assurance maladie et les assurances complémentaires ou mutuelles.

**Dans le régime du forfait partiel, les médicaments et fournitures relevant d'une prescription médicale sont à la charge des résidents.**

**Il est fortement conseillé d'avoir une mutuelle ou une complémentaire**

## 6- Médecin Coordonnateur

Le rôle du **médecin coordonnateur** de la Résidence est de veiller à coordonner les soins dans l'établissement, d'effectuer l'évaluation de votre dépendance, de coordonner l'activité de l'équipe soignante attachée à l'établissement, et d'en assurer la formation.

## 7- Animation

Les actions d'animations régulièrement organisées par l'établissement ne donnent pas lieu à une facturation.

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

## III- CONDITIONS FINANCIERES DU CONTRAT

### 1- Contenu et montant de la facture

Le montant de la facture comprend : les frais liés à l'**hébergement**, les frais liés à la **dépendance** et les frais liés aux **soins**.

Les tarifs sont révisés annuellement.

Le résident est informé par courrier de toute évolution de ces tarifs.

L'annexe de ce contrat précise le tarif en vigueur à la date de la signature.

- **frais liés à l'hébergement**

Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance du résident.

- **frais liés à la dépendance**

Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

En fonction de sa dépendance (évaluation AGGIR) le résident peut bénéficier de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) accordée par le Conseil départemental. Cette allocation est versée directement à l'établissement pour les résidents relevant du Conseil départemental des Côtes d'Armor. Pour les résidents des autres départements, le dossier d'APA doit être constitué auprès du Conseil départemental du département du dernier domicile.

Le résident conserve à sa charge un montant égal au tarif des GIR 5-6 de l'établissement (le talon).

- **frais liés aux soins**

Le tarif afférent aux soins recouvre les prestations du médecin coordonnateur, des infirmiers salariés de l'établissement, et une partie des charges du personnel aides soignants, aides médico-psychologique. Il inclut également les petites fournitures matérielles nécessaires aux petits soins de première urgence.

## **2- Facturation et paiement des frais de séjour**

Les factures sont émises mensuellement.

Les frais de séjour sont payés à terme échu par chèque à l'ordre du **Trésor Public** avant le **15 du mois suivant** ou par prélèvement automatique.

- **facturation en cas d'absence pour hospitalisation :**

Le tarif hébergement appliqué reste inchangé pour les 3 premiers jours d'absence.

A partir du 4<sup>ème</sup> jour d'absence, le tarif appliqué correspond à l'hébergement moins le forfait hospitalier sans limite de durée.

Le talon dépendance est déduit dès le 01<sup>er</sup> jour d'absence pour hospitalisation.

- **facturation en cas d'absence pour convenance personnelle de 24 heures et plus :**

Le tarif hébergement sera diminué d'un montant forfaitaire (fixé par le Conseil Général), dès le 1<sup>er</sup> jour et sans limite de durée, sous réserve que l'établissement ait préalablement été informé de cette absence 48 heures à l'avance.

Le talon dépendance est déduit dès le 01<sup>er</sup> jour d'absence pour convenance personnelle de 24 heures et plus.

- **facturation en cas de résiliation du contrat :**

En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à l'échéance du préavis de 30 jours.

- **facturation en cas de décès,**

La tarification s'interrompt à la libération complète des locaux.

- **facturation en cas de réservation :**

En cas de réservation d'une chambre avant l'arrivée du résident, la facturation s'établira sur le prix de journée de l'hébergement.

### **3- Aides financières**

Une demande d'allocation logement peut être faite soit auprès de la C.A.F. de ST BRIEUC ou de la M.S.A. Des dossiers sont à votre disposition au Secrétariat. En cas de ressources insuffisantes, l'Aide Sociale Départementale peut être sollicitée au titre de l'hébergement. La liasse de demande de cette aide est disponible auprès du Secrétariat. L'établissement accompagnera le résident et sa famille dans ces démarches.

### **4- Engagement à payer**

Le(s) résident(s) signataire(s) du présent contrat s'engage(nt) à acquitter les factures présentées par l'établissement. Tout retard de paiement est notifié au résident et/ou à son représentant légal. L'établissement se réserve la possibilité de faire recouvrer les sommes qui lui sont dues par toutes voies légales.

### **5- Caution solidaire**

La signature d'une caution solidaire sera demandée à l'admission du résident comme garantie de paiement.

Si le résident ne satisfait pas à son obligation d'honorer le montant du tarif hébergement, la personne qui s'est engagée en tant que caution solidaire exécutera cette obligation.

Si le résident est habilité à l'aide sociale, la caution ne portera que sur la partie du tarif journalier demeurant à la propre charge du résident.

## **IV- RESILIATION DU CONTRAT**

### **1- Résiliation à l'initiative du résident**

La décision doit être notifiée à la direction de l'établissement par lettre recommandée avec accusé de réception 30 jours minimum avant la date prévue pour le départ.

La chambre doit être libérée à la date convenue.

### **2- Résiliation pour incompatibilité du résident avec la vie en collectivité**

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

Après concertation, si la situation ne se modifie pas, une décision définitive sera prise par l'établissement et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'appartement devra être libéré dans un délai de 30 jours après la notification.

### **3- Résiliation pour non respect du règlement de fonctionnement ou du présent contrat par le résident**

En cas de non respect par le résident de l'une des dispositions du règlement de fonctionnement ou du contrat de séjour, la direction de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

La chambre doit être libérée dans un délai de 30 jours suivant la notification de la résiliation.

### **4- Résiliation pour défaut de paiement**

En cas de non paiement, l'Etablissement met la dette en recouvrement par la Perception de Dinan-Banlieue. Le cas est examiné par la Commission Administrative du C.C.A.S. qui statue sur la suite à donner : "Qui pourra aller jusqu'à la dénonciation du contrat liant le Résident à l'Etablissement tout en maintenant le paiement de la dette jusqu'à son extinction".

#### **5- Résiliation pour inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil de l'établissement**

Si l'état de santé du résident ne permet plus le maintien dans l'établissement, la direction, sur avis du médecin coordonnateur et du médecin traitant, prend toute mesure appropriée en concertation avec le résident et sa famille.

La direction peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception suite à la concertation avec le résident et sa famille.

L'appartement doit être libéré à la date d'entrée proposée par la nouvelle structure d'accueil.

#### **6- Résiliation pour décès**

Le représentant légal et /ou les référents désignés par le résident sont immédiatement informés du décès.

L'appartement devra être libéré dans un délai maximum du mois en cours à compter de la date du décès.

### **V- RESPONSABILITES**

#### **1- Responsabilité pour dommage**

Dans le cas de dommage causé par l'une des parties signataires, les règles générales de responsabilité définies par les articles 1382 à 1384 du Code civil s'appliquent.

En conséquence, le résident doit souscrire une **assurance Responsabilité Civile** qui couvre sa responsabilité civile personnelle pour les dommages causés aux tiers dans l'enceinte et à l'extérieur de la Résidence. **(fourniture d'une attestation annuelle)**

L'établissement a, pour sa part, souscrit une assurance contrat multirisque industriel, incendie, explosions, dégâts des eaux, vols avec effraction.

#### **2- Responsabilité pour les biens et objets personnels**

Ne disposant pas de coffre, l'établissement ne peut pas accepter la responsabilité de dépôts d'objets ou de valeurs.

### **VI- DROIT A L'IMAGE**

Dans le cadre de l'EHPAD « La Consolation », des photos ou des vidéos du résident peuvent être prises.

**M et/ou Mme**.....

O Autorise l'EHPAD La Consolation à utiliser l'image du résident pour promouvoir ses activités dans le cadre de ses locaux,

O Autorise l'EHPAD La Consolation à utiliser l'image du résident en dehors de ses locaux, sur tous supports dès lors que l'acte envisagé n'entraîne pas une atteinte grave à l'intimité de la vie privée du résident et dès lors qu'il n'est pas prévu une exploitation commerciale de l'image réalisée dans un cadre associatif.

### **VII- ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR**



Toutes dispositions du présent contrat et des annexes associées sont applicables dans leur intégralité. Toute actualisation du contrat de séjour, approuvée par le Conseil d'administration du CCA.S fera l'objet d'un avenant.

**M et/ou**

**Mme** .....

.....reconnait par la signature du présent contrat, en avoir pris connaissance et en accepter tous les termes.

..... reconnaît avoir reçu et pris connaissance du règlement de fonctionnement.

..... reconnaît avoir reçu le livret d'accueil et la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

Le présent contrat prend effet le.....

Rédigé en deux exemplaires originaux à .....le.....

**Le(s) Résident(s)  
Ou son représentant légal**

**Pour la Maison de retraite LA CONSOLATION  
La Direction**

# ANNEXE 1

## : FORMULAIRE POUR NOMMER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L.1111-6 du code de santé publique)

Je, soussigné(e) (nom, prénom, adresse, date de naissance)

.....  
.....

désigne M, Mme, Mlle (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 M, Mme, Mlle** .....

- 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 serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et 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'aurais 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 désignation à tout moment et par tout moyen.**

*Le résident ne peut nommer une personne de confiance lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, si une personne de confiance a été désignée antérieurement, le juge des tutelles peut, soit confirmer la mission de la personne de confiance, soit révoquer la désignation de celle-ci.*

Fait en triple exemplaire le ..... à .....

Signature de la personne désignée

Signature du résident .....

## ANNEXE 2

### FICHE DE DIRECTIVES ANTICIPEES

Il est possible à toute personne majeure de rédiger des « directives anticipées » pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elles sont révocables à tout moment. (décret n° 2006-119 du 06 février relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005 et loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la fin de vie)

Lorsqu'une personne en fin de vie, hors d'état d'exprimer sa volonté, a antérieurement désigné une personne de confiance, l'avis de cette dernière prévaut sur tout autre avis non médical, mais pas sur les « directives anticipées », dans les décisions prises par le médecin.

Je, soussigné(e) (nom, prénom, date et lieu de naissance)

.....  
.....

Adresse : EHPAD La Consolation 03 Rue du Val d'Orient 22690 Pleudihen sur Rance

Ecrit ce document en tant que directive anticipée concernant mes soins médicaux futurs, ceux-ci en ayant pris connaissance par les informations que je date et signe.

La personne de confiance désignée est

M, Mme, Mlle (nom, prénom, date et lieu de naissance adresse, tél., fax, e-mail)

.....  
.....

L'expression de mes souhaits dans ces directives anticipées est :

Cocher vos choix dans les cases de droites

<b>SITUATIONS</b>	<b>SOUHAITS</b>	<b>COCHER</b>
<b>PROBLEMES RESPIRATOIRES</b>	Je ne veux recevoir aucune intubation, ni trachéotomie. Si un traitement est entamé, je veux qu'il soit arrêté	
	Je veux recevoir une intubation ou une trachéotomie si mes médecins l'estiment meilleurs pour moi	
	Autres souhaits :	
<b>PROBLEMES D'ALIMENTATION</b>	Je ne veux pas recevoir d'alimentation artificielle si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie.	
	Si une alimentation artificielle est entamée, je veux qu'elle soit arrêtée.	
	Je veux recevoir une alimentation artificielle même si cela constitue le principal traitement pour me maintenir en vie	
	Autres souhaits :	
<b>SOINS DE CONFORT</b>	Je veux être maintenu aussi à l'aise et à l'abri de la douleur que possible, même si de tels soins accélèrent ma mort ou écourtent ma vie.	

**Autres instructions :**

Vous avez le droit de participer à toutes décisions concernant vos soins médicaux, mêmes celles qui ne concernent pas des états désespérés ou végétatifs persistants. Si vous avez des souhaits qui ne sont exprimés dans aucune autre partie de ce document, veuillez les indiquer ici :

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

**Autres souhaits :**

**Votre signature :**

En signant ci-dessous, j'atteste que je comprends l'objet et l'effet de ce document

Date : .....

Nom : .....

Signature

**Signature de vos témoins**

**Lorsque l'auteur des directives anticipées, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée en application de l'article L 1111-6, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée.**

J'affirme que la personne qui a signé cette directive anticipée est l'expression de sa volonté libre et éclairée, qu'elle a signé ou reconnu cette directive anticipée en ma présence et qu'elle ne semble pas agir sous aucune pression, contrainte ou influence indue.

**Témoin n°1**

Nom :

Qualité :

Signature

**Témoin n°2**

Nom :

Qualité :

Signature

# ANNEXE 3

MAISON DE RETRAITE – 3, rue du Val d’Orient – 22690 PLEUDIHEN-sur-RANCE  
E.H.P.A.D.

☎ 02 96 83 20 66 ( 2 lignes groupées) ☎ 02 96 88 22 12

Monsieur David BOIXIERE  
Maire de Pleudihen-sur-Rance  
Président du C.C.A.S.

à

Messieurs et Mesdames les Résidents de la Maison de Retraite

Pleudihen, le 16/01/2018

Objet :

**Prix de journée 2018.**

## AVENANT

Mesdames, Messieurs,

Dans le cadre de la Convention Tripartite qui implique l’Etat, le Conseil Général et l’Etablissement, l’arrêté du **prix de journée** émanant du Conseil Général en date du **27 Décembre 2017**, implique un **nouveau prix de journée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018**

	HEBERGEMENT PERMANENT	DEPENDANCE	SOUS-TOTAL	AIDE CONSEIL Gal	PRIX JOURNEE
GIR I & 2	48,48 €	21,22 €	69,70 €	<b>-15,51 €</b>	<b>54,19 €</b>
GIR 3 & 4	48,48 €	13,47 €	61,95 €	<b>-7,76 €</b>	<b>54,19 €</b>
GIR 5 & 6	48,48 €	<b>5,71 €</b>	53,72 €	néant	<b>54,19 €</b>
		(talon)			

	HEBERGEMENT TEMPORAIRE	DEPENDANCE	PRIX JOURNEE
GIR I & 2	50,90 €	21,22 €	<b>72,12 €</b>
GIR 3 & 4	50,90 €	13,47 €	<b>64,37 €</b>
GIR 5 & 6	50,90 €	<b>5,71 €</b>	<b>56,61 €</b>

Le prix de journée dû par le Résident, quel que soit son Groupe Iso-Ressources (G.I.R.) sera :

- Hébergement permanent **48,48 €** + talon dépendance **5,71 €** soit : **54,19 €** par jour.
- Hébergement temporaire **50,90 €** + dépendance + soit : **56,61 ou 64,37 ou 72,12 €** par jour
- Hébergement couple 75% du tarif hébergement permanent pour le conjoint soit : **36,36 €** + talon dépendance **5,71 €** soit : **42,07 €** par jour
- Hébergement permanent personne de – de 60 ans soit : **64,18€**

### Charges déductibles :

Le tarif hébergement doit être déduit : En cas d’absence pour hospitalisation, forfait de l’année en cours **18,00 €** à partir du 04<sup>ème</sup> jour et sans limite de durée.

En cas d’absence pour convenance personnelle de plus de 24 heures, montant forfaitaire **06,00 €**, dès le 01<sup>er</sup> jour d’absence et sans limite de durée.

Le tarif dépendance à la charge du résident (le talon) n’est pas facturé en cas d’absence pour hospitalisation ou pour convenances personnelles.

Pour les personnes en hébergement temporaire la facturation comprend le tarif hébergement et le tarif dépendance opposable à la personne en fonction de son GIR.

Les membres de la commission Administrative après en avoir délibéré **ADOPTENT et VOTENT** à l’unanimité les nouveaux tarifs 2018.

Par ailleurs selon l’arrêté du 30 mai 2008 certaines fournitures médicales ne seront plus remboursées par la sécurité sociale et seront à la charge de l’établissement ou en facturation directe aux résidents.

David BOIXIERE,  
Président du C.C.A.S.,  
p.o.  
Bertrand PANGAULT,  
Vice-Président du C.C.A.S.

## ANNEXE 4

### CONTRAT DE CAUTION SOLIDAIRE A DUREE INDETERMINEE

Je soussigné(e), M / Mme ....., né(e)le..... à ....., et demeurant .....

Déclare, en ma qualité de débiteur d'aliments au sens de l'article 205 du Code civil, me porter caution solidaire, sans limitation de durée et sans pouvoir exiger la poursuite préalable du résident, du règlement de toutes les sommes que pourrait devoir M.....à l'EHPAD La Consolation Rance, 03 Rue du Val d'Orient, géré par le CCAS de Pleudihen sur Rance résultant du contrat de séjour signé le ..... pour une chambre située dans cet établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire du contrat de séjour, que j'ai moi-même élargé, et avoir pris connaissance de ses clauses et conditions spécialement du montant du tarif hébergement et du ticket modérateur du tarif dépendance. Je reconnais, en outre être informé(e) de la situation financière du résident.

Le présent cautionnement garantit, au profit de l'établissement sus-mentionné, le paiement de tout ce que le résident peut devoir à l'EHPAD et en particulier : les tarifs hébergement et dépendance ainsi que les éventuelles réparations mises à la charge du résident.

Reproduction manuscrite :

Je, soussigné, M....., en me portant caution solidaire de M....., résident, m'engage à rembourser sur mes revenus et sur mes biens personnels les sommes dues par le résident en cas de défaillance de ce dernier. Je mesure donc l'importance et la portée de mon engagement.

Je reconnais être en possession d'une copie du contrat de séjour aux termes duquel le montant du tarif hébergement est de .....et le montant du ticket modérateur du tarif dépendance de ..... Ces montants sont révisés chaque année par décision du Conseil départemental.

La caution sera informée annuellement de cette éventuelle révision conformément à l'article 2293 du Code civil, dès que possible et au plus tard à la date anniversaire de la conclusion du contrat de cautionnement.

Fait à....., le.....

Signature de la caution

## **ANNEXE 5**

### **DOCUMENTS A FOURNIR**

- Copie de l'Attestation Vitale (date d'ouverture de droits en cours de validité)
- Carte Vitale
- Copie de la carte de mutuelle **RECTO VERSO**
- Copie du livret de famille ou d'extrait d'acte de naissance
- Copie de l'avis d'imposition ou de non imposition
- Copie des déclarations fiscales des caisses de retraite
- Copie de l'attestation de responsabilité civile

## ANNEXE 6

### TROUSSEAU A L'ENTREE

DESIGNATION DU TROUSSEAU	MINIMUM	NOMBRE	MARQUE		MANQUANT		COMBIEN
			OUI	OUI		NON	
SLIPS OU CULOTTES	10						
TRICOTS DE CORPS	10						
VETEMENTS DE VILLE	selon avoir						
COMBINAISONS	3						
GILETS, PULLS ou TRICOTS	3						
ROBES DE CHAMBRE	2						
PYJAMAS, CHEMISES DE NUIT	5						
SERVIETTES DE TOILETTE	10						
GANTS DE TOILETTE	15						
SERVIETTES DE BAINS	3						
MOUCHOIRS	12						
OREILLERS OU TRAVERSINS	2						
TAIES OREILLER OU TRAVERS.	5						
DESSUS DE LIT	2						
CHAUSSETTES, COLLANTS, BAS	selon avoir						
CHAUSSURES, CHAUSSONS	2 paires						
PEIGNE, BROSSE A CHEVEUX	1						
SAVON, Shampoing, gel douche							
EAU COLOGNE, APRES RASAGE	1						
RASOIR/LAMES OU ELECTRIQUE	1						
DENTIFRICE, BROSSE A DENTS	1						
LAMPE DE CHEVET	1						

### SAC DE VOYAGE OU PETITE VALISE EN CAS D'HOSPITALISATION

LE RESIDENT APPORTE-T-IL DES OBJETS PERSONNELS  
DESIGNATION :

-  
-  
-  
-  
-  
-

### LE RESIDENT DOIT ETRE POURVU DE SON TROUSSEAU COMPLET A L'ENTREE

#### PREVOIR LES VETEMENTS POUR LE DECES DES L'ENTREE DU RESIDENT

Le défunt regagne son ancien domicile

Le défunt est transporté au Funérarium

**S'il existe un contrat obsèques, merci de fournir l'adresse des Pompes Funèbres**