



**LE CONTRAT DE SEJOUR**  
 **DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE**



<b>Version VI</b>	<b>Avis favorable du CVS le 27/02/2024</b> <b>Délibéré par le Conseil d'Administration le 22/10/2021</b>
-------------------	---

<b>I - OBJET DU CONTRAT</b>	<b>P 3</b>
<b>II. - DÉFINITION, AVEC LE RÉSIDENT OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL, DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE</b>	<b>P 4</b>
<b>III – CONDITIONS D'ADMISSION</b>	<b>P 4</b>
<b>IV. - DURÉE DU SÉJOUR</b>	<b>P 4</b>
<b>V. - DROIT DE RÉTRACTATION</b>	<b>P 4</b>
<b>VI. - PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>P 4</b>
<b>VII - DESCRIPTION DU LOGEMENT ET DU MOBILIER FOURNI PAR L'ÉTABLISSEMENT</b>	<b>P 5</b>
<b>VIII - DÉPÔT DE GARANTIE</b>	<b>P 5</b>
<b>IX - FRAIS LIÉS À L'HÉBERGEMENT</b>	<b>P 5</b>
<b>X - FRAIS LIÉS À L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)</b>	<b>P 6</b>
<b>XI - FRAIS LIÉS AUX SOINS</b>	<b>P 7</b>
<b>XII - CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION</b>	<b>P 7</b>
A - Hospitalisation	P 7
B - Absence pour convenances personnelles	P 7
C - Facturation de la dépendance en cas d'hospitalisation ou d'absence de convenance personnelle	P 8
D - Facturation de l'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie)	P 8
<b>XIII. RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT</b>	<b>P 8</b>
A - Révision	P 8
B - Résiliation volontaire	P 8
C - Résiliation à l'initiative de l'Etablissement	P 8
<b>XIV. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES - EHPAD ET RÉSIDENT</b>	<b>P10</b>
<b>XV. RESPECT DU LIBRE ARBITRE DES PERSONNES AGEES/DROIT AU CHOIX DE VIE – DROIT AU RISQUE</b>	<b>P 10</b>
<b>XVI – ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR</b>	<b>P 11</b>
<b>XVII – CONTENTIEUX – LITIGES</b>	<b>P 11</b>
<b>XVII - SIGNATURE DU CONTRAT</b>	<b>P 11</b>
<b>ANNEXE 1 : acte de cautionnement solidaire</b>	<b>P 13</b>
<b>ANNEXE 2 : état des lieux d'entrée</b>	<b>P 15</b>
<b>ANNEXE 3 : inventaire des biens personnels</b>	<b>P 16</b>
<b>ANNEXE 4 : dépôt des objets précieux</b>	<b>P 17</b>
<b>ANNEXE 5 : droit à l'image</b>	<b>P 17</b>
<b>ANNEXE 6 : demande de prestation pharmaceutique</b>	<b>P 18</b>
<b>ANNEXE 7 : Les dépenses Médicales</b>	<b>P 19</b>
<b>ANNEXE 8 : Mandat – Gestion du courrier</b>	<b>P 20</b>
<b>ANNEXE 9 : Attestation relative à l'information sur la personne de confiance</b>	<b>P 21</b>
<b>ANNEXE 10 : Attestation sur l'honneur- matériel médical</b>	<b>P 22</b>
<b>ANNEXE 11 : trousseau type</b>	<b>P 23</b>
<b>ANNEXE 12 : Tarifs et conditions de facturations</b>	<b>P 24</b>
<b>ANNEXE 13 : Règlement Financier</b>	<b>P 25</b>
<b>Liste des professionnels de l'établissement</b>	

## I - OBJET DU CONTRAT :

Le « Contrat de séjour » définit les droits et les obligations de l'Etablissement et du résident, avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent. Les particuliers appelés à souscrire un « Contrat de séjour » sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention. Ils peuvent, lors de la signature, se faire accompagner de la personne de leur choix et font connaître à l'Etablissement le nom et les coordonnées de la personne de confiance, au sens de l'article L.1111-6 du Code de la Santé, s'ils en ont désigné une.

Si la personne prise en charge ou son représentant légal refuse la signature du présent contrat, il est procédé à la rédaction d'un document individuel de prise en charge, tel que prévu à l'article 1 du Décret n°2004-1274 du 26 Novembre 2004.

Le présent contrat est établi conformément :

- au Code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L 311-4,
- à la Loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- au Décret n°2004-1274 26 novembre 2004,
- à la Loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 Décembre 2015,
- au Décret n° 2015-1868 du 30 Décembre 2015,
- aux dispositions contenues dans le Règlement départemental d'aide sociale,
- aux dispositions contenues dans la Convention tripartite pluriannuelle,
- aux délibérations du Conseil d'Administration,
- aux décret n°2022-734 du 28 avril 2022,

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

La Résidence BOUC-MANOURY, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), est un Etablissement public social et médico-social (EPSMS) autonome, administré par un Conseil d'Administration et dirigé par un Directeur.

Son habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale et de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), lui permet d'accueillir les personnes qui en font la demande et qui remplissent les conditions d'admission.

Les personnes hébergées peuvent faire une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, pour couvrir une partie des frais des tarifs journaliers dépendance.

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

**Le « Contrat de séjour » est conclu entre :**

La Résidence BOUC-MANOURY, représentée par son Directeur, d'une part,

**Et**

Madame / Monsieur : .....

Date et lieu de naissance : .....

Dénommé(es) le(s) / la résident(es), dans le présent document, d'autre part.

Le cas échéant, représenté(es) par M. ou Mme. (*Indiquer Nom, Prénom, adresse, lien de parenté, ou Personne de confiance*) :

.....  
.....

**Il est convenu ce qui suit :**

## **II. DÉFINITION AVEC LE RÉSIDENT OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE**

L'Etablissement s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents. Dans cet esprit, le personnel accompagne les résidents dans les gestes de la vie quotidienne (toilette, habillage, déplacements, alimentation...) en favorisant le maintien de leur autonomie, plutôt que de se substituer à eux et de « faire à leur place » en sollicitant leur participation et de « faire avec eux ». Tout changement dans l'état de la personne accueillie fera l'objet d'une rencontre avec le résident et/ou sa famille et le médecin traitant qu'il aura choisi à son arrivée.

Un projet d'accompagnement personnalisé est établi dans les 6 mois suivant l'admission. Il précise les objectifs et les prestations adaptées à la personne. Il est signé des deux parties et joint au contrat de séjour. Il est actualisé par un avenant.

### III. CONDITIONS D'ADMISSION

Les conditions d'admission dans l'EHPAD Bouic-Manoury sont précisées dans le règlement intérieur de l'établissement annexé au présent contrat.

#### IV. DUREÉ DU SÉJOUR

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

Le présent contrat est conclu pour :

- une durée indéterminée à compter du
- une durée déterminée du au (supérieure à 3 mois).

Le début du séjour, sauf cas de force majeure, est le point de départ de la facturation des prestations d'hébergement, même si le résident décide d'arriver à une date ultérieure.

Dès la réservation du logement, le montant de l'hébergement minoré du coût alimentaire fixé sur l'annexe des prestations affiché à l'accueil est comptabilisé et facturé.

## V. DROIT DE RÉTRACTATION

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

Conformément à l'article L.311-4-1, si des arrhes ont été versées préalablement à l'entrée dans l'établissement, le montant des arrhes est déduit du montant facturé au titre de la durée de séjour effectif dans l'établissement.

## VI. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Conformément au Décret n°2015-1868 du 30 Décembre 2015, relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, le prix de journée inclut les prestations suivantes :

**- Les prestations d'administration générale** : la gestion administrative de l'ensemble du séjour, l'élaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants, les prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale.

**- Les prestations d'accueil hôtelier** : mise à disposition du logement individuel et des locaux collectifs, l'accès à une salle de bain individuelle comprenant un lavabo, une douche et des toilettes.

Fournitures des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage), mise à disposition de tout équipement lié au cadre bâti de l'EHPAD, l'entretien et nettoyage des logements, des parties communes et des locaux collectifs, maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts, mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et le téléphone, l'accès aux moyens de communication, y compris Internet.

**- La prestation de restauration** : l'accès à un service de restauration, fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne. Les modalités de la prestation de restauration sont définies dans le règlement de fonctionnement.

**- La prestation de blanchissage** : Le linge plat et de toilette (draps, serviettes de toilette, serviettes de table...) est fourni, renouvelé et entretenus par l'établissement. L'entretien et le marquage du linge de la personne accueillie est pris en compte dans le prix de journée de l'établissement. Les modalités de la prestation blanchissage sont définies dans le règlement de fonctionnement. En cas de refus de la prestation du marquage du linge, l'établissement déclinerait toute responsabilité en cas de perte de linge s'il n'est pas étiqueté, et en cas de perte de linge si les étiquettes posées à l'extérieur se détache.

**- La prestation d'animation de la vie sociale** : accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'Etablissement, l'organisation des activités extérieures.

Tout changement dans les prestations assurées par l'Etablissement fera l'objet d'un avenant.

Les tarifs résultants d'une décision des autorités de tarification (Conseil Départemental, ARS) s'imposent à l'Etablissement et au résident, et font l'objet d'un avenant.

## **VII- DESCRIPTION DU LOGEMENT ET DU MOBILIER FOURNI PAR L'ÉTABLISSEMENT**

A la date de la signature du contrat, le logement n°.... est attribué à Madame/Monsieur ..... au Service .....

L'équipement du logement comprend : 1 lit médicalisé, 1 chevet, 1 table à manger au lit, 1 fauteuil de repos, 1 système d'alarme (médaillon).

Chaque résident peut compléter par des objets personnels et petit mobilier (cadres, poste de télévision, fauteuil, etc.).

Un état des lieux contradictoire et écrit est dressé à l'entrée et figure en annexe du contrat.

Le résident ne pourra pas effectuer de transformation des locaux mis à sa disposition. Tout changement ultérieur du logement se fera en accord avec le résident ou sa famille.

## **VIII- DEPOT DE GARANTIE :**

Les modalités de règlement sont définies dans le règlement de fonctionnement joint et remis au résident avec le présent contrat.

- Madame / Monsieur : .....verse ce jour au titre de dépôt de garantie la somme de 2 400 €. A réception du titre de recette, le règlement doit intervenir par chèque libellé et adressé au Trésor Public de Bolbec ou par paiement en ligne [www.payfip.gouv.fr](http://www.payfip.gouv.fr)
- Madame / Monsieur : .....ne verse pas de dépôt de garantie. Si une demande d'aide sociale est sollicitée à l'entrée,

Le dépôt de garantie est restitué dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'établissement, à la date de l'état des lieux contradictoire mentionnée à l'Article L.311-7-1.

## **IX – FRAIS LIÉS A L'HÉBERGEMENT :**

Les prestations mentionnées ci-dessus à l'article V sont facturées selon la tarification fixée chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental.

**A la date de conclusion du présent contrat, les tarifs sont les suivants :**

	<b>Tarif hébergement</b>
<input type="checkbox"/> Personnes de plus de 60 ans	<b>67.37 €</b>
<input type="checkbox"/> Personnes de moins de 60 ans	<b>86.62 €</b>

Ils sont révisés au moins chaque année et font l'objet d'un avenant au présent contrat communiqué. Les frais d'hébergement sont payables mensuellement par chèque, par prélèvement automatique ou paiement en ligne [www.payfip.gouv.fr](http://www.payfip.gouv.fr) selon le terme à échoir. Pour le paiement par chèque, il doit être libellé à l'ordre du Trésor Public et adressé au Trésor Public – 412 Avenue du Maréchal Joffre – 76 210 BOLBEC. Si vous optez pour le prélèvement automatique, le règlement financier et le contrat de prélèvement automatique annexé au contrat de séjour (annexe 11) doit être signé et accompagné d'un RIB.

S'agissant des résidents relevant de l'aide sociale, ceux-ci doivent s'acquitter eux-mêmes de leurs frais de séjour dans la limite de 90 % de leurs ressources. 10% des revenus personnels restent donc à la disposition du résident sans pouvoir être inférieurs à 1% du minimum social annuel, soit 124€ par mois.

La personne en situation du handicap conserve chaque mois à sa disposition une somme minimale correspondant à 10% de ses ressources et qui ne peut être inférieure à 30% du montant de l'Allocation pour Adulte Handicapé.

## **X- FRAIS LIÉS A L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)**

La dépendance du Résident est évaluée dans les **huit jours** suivant l'admission (évaluation AGGIR) et est réévaluée en cours de séjour. A chaque GIR correspond une tarification fixée par le Conseil Départemental, qui peut être révisée au moins chaque année.

	<b>Tarif dépendance</b>
<input type="checkbox"/> <b>Personnes relevant du GIR 1/2</b>	<b>25.42 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Personnes relevant du GIR 3/4</b>	<b>16.13 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Personnes relevant du GIR 5/6</b>	<b>6.85 €</b>

En fonction de leur dépendance (évaluation AGGIR) et du niveau de leurs ressources, les résidents peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée par le Président du Département d'origine du résident. Le résident classé en GIR 5/6 ne peut bénéficier de l'APA.

Cette allocation permet de couvrir en partie le coût du tarif dépendance, arrêté et facturé dans les mêmes conditions que le tarif hébergement et en sus. Une participation reste à la charge du résident : son montant minimal est constitué par le tarif GIR 5/6 de l'Etablissement, participation qui peut être éventuellement plus élevée selon les ressources du résident.

Selon le département d'origine, l'APA peut être versée au résident ou à l'Etablissement.

Dans le cas où, l'APA est versée au résident, celui-ci doit s'en acquitter auprès de l'Etablissement. Le tarif dépendance est payé mensuellement par chèque à l'ordre du trésor public et adressé au Trésor Public, par prélèvement automatique ou paiement en ligne, selon le terme à échoir.

## **XI – FRAIS LIÉS AUX SOINS**

Ils recouvrent à la fois, des soins de base (ou de nursing), des soins techniques, ainsi que du matériel médical, qui sont pris en charge par le régime de l'Assurance Maladie. Leurs montants sont versés à l'Etablissement sous forme de forfait global annuel.

Les frais non pris en charge par le forfait soins sont à la charge du résident et remboursable par l'Assurance Maladie et/ou sa Mutuelle.

Pour éviter tout remboursement ultérieur, le résident doit avoir résilié toute location de matériel médical avant son admission dans l'Etablissement. (Annexe 9)

## **XII – CONDITIONS PARTICULIÈRES DE FACTURATION**

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

### **A - Hospitalisation.**

En cas d'absence pour une hospitalisation d'une durée inférieure à 72 heures (soit 3 jours d'hospitalisation), la personne hébergée est redevable du tarif hébergement.

Pour une hospitalisation d'une durée supérieure à 72 heures (soit 3 jours d'hospitalisation), la personne hébergée est redevable du tarif hébergement minoré du forfait hospitalier journalier.

Cette disposition est maintenue dans la limite de 65 jours consécutifs d'absence. A titre exceptionnel, ce délai peut être prorogé, sur accord préalable du Département. A défaut, l'Aide Sociale est provisoirement suspendue. En ce cas, le contrat est résilié, sauf si le résident s'acquitte du tarif hébergement.

Pour les résidents non bénéficiaires de l'Aide Sociale, à partir du 31ème jour, la facturation du tarif hébergement n'est plus minorée.

## **B - Absence pour convenances personnelles.**

En cas d'absence pour convenances personnelles inférieure à 72 heures (soit 3 jours d'absence), le résident est redevable du tarif hébergement.

En cas d'absence pour convenances personnelles supérieure à 72 heures (soit + de 3 jours d'absence), la personne hébergée est redevable du tarif hébergement minoré du forfait fixé par le règlement départemental d'aide sociale, pour un montant de 4.01 euros (le coût alimentaire de l'établissement est de 6.40 euros) et d'une durée maximale de 30 jours pour tous les contrats au 01/01/2023, sauf exception pour les résidents pris en charge à l'Aide Sociale.

Dans cette situation, la personne hébergée est tenue de prévenir 72 heures (3 jours) à l'avance de son absence.

## **C - Facturation de la dépendance en cas d'hospitalisation ou d'absence de convenance personnelle.**

Dès le premier jour d'absence pour hospitalisation, ou pour convenance personnelle, à condition d'en avoir informé l'Etablissement, le talon dépendance n'est pas facturé. L'établissement doit avoir été prévenu 3 jours avant le départ effectif.

## **D - Facturation de l'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie).**

En cas d'absence, quel qu'en soit le motif, l'APA continue à être versée au bénéficiaire pendant 30 jours. Au-delà de 30 jours, l'APA est suspendue au bénéficiaire (hors Département).

# **XIII. RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT**

## **A- Révision.**

Les changements des termes initiaux du contrat font l'objet d'avenants ou de modifications conclus dans les mêmes conditions, approuvés par le Conseil d'Administration, après avis du Conseil de la Vie Sociale.

## **B- Résiliation volontaire.**

A l'initiative du résident ou de son représentant, le présent contrat peut être résilié à tout moment. Ce droit peut être exercé sans préavis, soit dans les 15 jours suivant la signature du contrat, soit dans les 15 jours qui suivent l'admission, lorsque celle-ci est intervenue après la signature du contrat. Au-delà du délai de 15 jours, la résiliation demeure possible, à tout moment, pour la personne accueillie ou son représentant légal, avec préavis d'un mois.

La décision de résiliation est faite à la Direction de l'Etablissement, par lettre contre récépissé ou par lettre recommandée avec avis de réception et moyennant un préavis d'un mois de date à date, calculé à partir de la date de réception par l'Etablissement. Le logement est libéré, au plus tard, à la date prévue pour le départ. Cette notification de la résiliation fait courir un délai de réflexion de 48 heures, durant lequel la personne accueillie ou son représentant légal peut retirer sa décision de résiliation sans motif. Ce délai de réflexion de 48 heures s'imputera sur le délai de préavis.

## **C- Résiliation à 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 son maintien dans l'Etablissement, la Direction prendra toute mesure appropriée, en concertation avec les parties concernées, le médecin traitant et, le cas échéant, le médecin coordonnateur de l'Etablissement. Le Directeur doit s'assurer, avant de rompre le contrat, que la personne hébergée dispose d'une solution d'accueil adaptée.

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

**\* Non-respect du règlement de fonctionnement, du présent contrat, sauf si les manquements ou inexécution résultent de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne, constaté médicalement.**

### **\* 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 Directeur de l'établissement 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, le Directeur 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 avis de réception au résident et / ou à son représentant légal.

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

### **\* Cessation totale d'activité de l'établissement.**

### **\* Défaut 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 le Directeur et la personne intéressée ou son représentant légal, éventuellement accompagnée d'une autre personne de son choix.

En cas d'échec de cette entrevue, une mise en demeure de payer sera notifiée au résident et / ou son représentant légal, par lettre recommandée avec avis 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 30 jours à compter de la notification de la résiliation du contrat par lettre recommandée avec avis de réception.

### **\* Résiliation de plein droit - Décès.**

En cas de décès, le contrat de séjour se trouve résilié le lendemain du décès, la facturation continue néanmoins de courir tant que des objets personnels n'ont pas été retirés des lieux que la personne occupait. Le cas échéant, si les objets personnels du résident n'ont pas été retirés du logement après une durée de 6 jours suivant le décès du résident, l'établissement ne peut facturer le montant correspondant au socle de prestations.

Le représentant légal et la personne de confiance, éventuellement désignés par le résident, sont immédiatement informés par tous les moyens et, éventuellement, par lettre recommandée avec avis de réception. Le Directeur de l'Etablissement s'engage à mettre en œuvre les moyens de respecter les volontés du résident exprimées par écrit et remises sous enveloppe cachetée.

Si le conjoint survivant était également logé dans le même logement ou dans un logement communicant, l'Etablissement lui fait une proposition pour le reloger dans un logement individuel ou bien de rester dans le logement double. En cas de refus d'un logement individuel, le résident accepte d'accueillir un futur résident dans le logement double à défaut le logement est libéré dans un délai de 30 jours à compter de la date du décès, sauf cas particulier de scellés.

Au-delà, la Direction peut procéder à la libération du logement. A la libération du logement, un état des lieux de sortie est formalisé. Le dépôt de garantie non révisable est restitué dans le mois qui suit la résiliation du contrat, déduction faite du montant des éventuelles dégradations constatées dans l'état de sortie contradictoire du logement, ou des sommes dues.

### **Dispositions applicables à tous les cas de résiliation de contrat.**

Lors de la résiliation du contrat, il appartient au résident ou à son représentant :

- d'assurer le changement d'adresse auprès des Services postaux et des divers Organismes,
- de solder les frais de séjour en cours.

## **XIV. RESPONSABILITES RESPECTIVES - EHPAD ET RÉSIDENT**

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'Etablissement est susceptible d'être engagée (défaut de surveillance, etc.).

La garantie « responsabilité civile des personnes âgées » est couverte par l'établissement. Cette garantie couvre la responsabilité civile personnelle encourue par les personnes âgées de leur propre fait, ou du fait du matériel et mobilier qu'elles peuvent détenir dans les locaux, pour les dommages causés aux tiers dans l'enceinte et à l'extérieur de l'établissement. Sont par contre exclus les dommages subis ou causés aux conjoint, ascendants ou descendants, ou du fait du patrimoine personnel du pensionnaire.

Les personnes « extérieures à l'Etablissement » peuvent être amenées à intervenir auprès des personnes âgées, à la demande de celles-ci, en dehors de toute prise en charge par l'EHPAD et, en utilisant ou non, du matériel qui appartient à l'Etablissement. Dans ce cas, la responsabilité personnelle des personnes « extérieures à l'Etablissement », famille, conjoint, par exemple, est engagée.

S'agissant des professionnels de santé et de confort (médecins, kinés, coiffeur, etc.), ils sont assurés dans le cadre de leur activité.

De même, les bénévoles qui ont signé la Charte des bénévoles sont couverts, dans le cadre des activités qu'ils pratiquent avec les résidents, par l'assurance de l'EHPAD. Cependant, concernant les déplacements qu'ils effectuent avec les résidents au moyen de leurs véhicules personnels, les bénévoles restent couverts par leur assurance personnelle.

## **XV – RESPECT DU LIBRE ARBITRE DES PERSONNES ÂGÉES/ DROIT AU CHOIX DE VIE – DROIT AU RISQUE**

La Charte européenne des personnes âgées en institution précise : « Nous reconnaissons à la personne âgée le droit au risque, la possibilité de prendre les responsabilités de son choix et de les assumer, quel que soit son handicap » L'Etablissement met en place un projet de vie pour

chaque personne âgée, partagé avec le résident et, le cas échéant, avec sa famille. Ce projet envisage les risques encourus afin de mieux les prévenir.

L'E.H.P.A.D. n'est pas tenu de garantir un risque zéro, ni une sécurité totale, mais il est par contre, tenu à une obligation de précaution, de prudence et de dialogue avec le résident et son entourage.

## **XVI - ACTUALISATION DU CONTRAT DE SÉJOUR**

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.

## **XVII - CONTENTIEUX - LITIGE**

Toute personne prise en charge par un Etablissement (ou sa famille ou son représentant légal) peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits en cas de litige, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le Préfet de Département et le Président du Conseil Départemental. Les coordonnées des personnes qualifiées sont affichées dans l'Etablissement (*Décret du 14/11/2003*).

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

## **XVIII – SIGNATURE DU CONTRAT**

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

Le résident déclare avoir pris connaissance : - du livret d'accueil de l'établissement, - du règlement de fonctionnement de l'établissement, - et de la charte des droits et libertés de la personne accueillies, qui lui ont été remis préalablement à la signature du présent contrat de séjour

Fait à Terres de Caux – Fauville en Caux, le .....

Le Résident :

Ou Référent familial :

Ou son représentant légal

Le Directeur :

### **Pièces jointes au contrat :**

- Le document « Règlement de Fonctionnement » dont le résident et / ou son représentant légal déclare avoir pris connaissance,
- Un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille, carte d'identité,
- La copie de l'attestation de la Carte Vitale et de la Mutuelle, si la personne âgée est adhérente,
- La copie de la quittance d'assurance responsabilité civile personnelle avec risques locatifs,
- Les justificatifs des ressources,
- Un Relevé d'Identité Bancaire,
- Avis d'imposition et déclaration d'impôt sur les revenus,
- La copie de la taxe foncière,
- La copie du contrat obsèques, si existant,
- Copie du jugement de la mesure de protection juridique,
- N° du dossier « Allocation Personnalisée d'Autonomie »,
- 1 Photo
- Eventuellement, les volontés ou directives anticipées du résident, sous pli cacheté.

ANNEXE 1 : ACTE DE CAUTIONNEMENT

ANNEXE 2 : ETAT DES LIEUX D'ENTRÉE

ANNEXE 3 : INVENTAIRE DES BIENS PERSONNELS

ANNEXE 4 : DÉPÔT DES OBJETS PRÉCIEUX

ANNEXE 5 : DROIT À L'IMAGE

ANNEXE 6 : DEMANDE DE PRESTATION PHARMACEUTIQUE

ANNEXE 7 : LES DEPENSES MEDICALES

ANNEXE 8 : MANDAT – GESTION DU COURRIER

ANNEXE 9 : ATTESTATION RELATIVE A L'INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE

ANNEXE 10 : ATTESTATION SUR L'HONNEUR – MATERIEL MEDICAL

ANNEXE 11 : TROUSSEAU TYPE

ANNEXE 12 : TARIFS ET CONDITIONS DE FACTURATION

ANNEXE 13 : REGLEMENT FINANCIER

## ANNEXE 1 : ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

(Articles 2011 à 2043 du Code Civil)

### Etablissement :

La Résidence BOUC-MANOURY – 373, rue Charles de Gaulle – 76640 FAUVILLE-EN-CAUX  
TERRES DE CAUX

### Caution signataire du présent engagement

Nom et Prénom :

Domicile : .....  
.....  
.....

**A la date de signature du contrat de séjour, le ....., le montant du prix de journée et du talon dépendance applicable est de (Somme en toutes lettres) :**

Tarif hébergement : soixante et sept euros et trente-sept centimes (**67.37 euros**)

Talon Dépendance\* : six euros et quatre-vingt-cinq centimes. (**6.85 Euros**)

	<b>Tarif</b>
<b>Personnes de plus de 60 ans</b>	<b>67.37 €</b>
<b>Personnes de moins de 60 ans</b>	<b>86.62 €</b>
<b>TALON DEPENDANCE</b>	<b>6.85 €</b>

*Ces montants sont fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental.*

Après avoir pris connaissance du Contrat de séjour et du Règlement de fonctionnement, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre, au profit de l'Etablissement, à satisfaire aux obligations du résident qui résultent du Contrat de séjour et des Conditions de séjour-règlement de fonctionnement pour le paiement :

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

- Des charges récupérables et réparations éventuelles.

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

La présente caution est souscrite au profit de l'Etablissement 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 la mention ci-après :*

**"Je me porte caution solidaire pour, 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 un exemplaire :**

- 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 par lettre recommandée avec avis de réception.

- 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.

\*Applicable pour les personnes de plus de 60 ans.

Fait à Terres de Caux – Fauville en Caux  
**en tant que représentant légal**

Signature précédée de la mention manuscrite :  
*«Lu et approuvé pour caution solidaire»*

le .....  
**Le Représentant de l'Etablissement**

Signature précédée de la mention manuscrite :  
« *Lu et approuvé, bon pour acceptation* »

## ANNEXE 2 : ETAT DES LIEUX D'ENTREE ET DE SORTIE

Dressé entre :

Madame / Monsieur : .....

représentant légal,

Logement situé N° ..... Service .....

D'une part,

Et

Le représentant de l'Etablissement, d'autre part.

**A inscrire** : Pour l'état des lieux d'entrée : **E** / Pour l'état des lieux de sortie : **S**

LOGEMENT	Très bon état		Bon état		Etat Moyen		Mauvais état		Commentaires
	E	S	E	S	E	S	E	S	
Murs									
Sols									
Plafond/Papier peints									
Porte									
Fenêtres (vitres, volets, rideaux)									
Lit									
Table de nuit									
Fauteuil									
Plafonnier									
Applique de lit									

SALLE DE BAIN	Très Bon état		Bon état		Etat Moyen		Mauvais état		Commentaires
	E	S	E	S	E	S	E	S	
Murs									
Sols									
Plafond									
Porte									
Etagères, patère									
Electricité (lumières, prises...)									
Lavabo									
Douche									
Wc (abattant)									
Miroir									

ACCESOIRES	ENTREE		SORTIE		COMMENTAIRES
	OUI	NON	OUI	NON	
Clés du logement					
Clé Boîte à lettre					
Appel malades N° .....					

### ANNEXE 3 - INVENTAIRE DES BIENS PERSONNELS

MOBILIERS	ENTREE		SORTIE	
	OUI	NON	OUI	NON
Téléviseur				
Meuble TV				
Poste radio				
Lecteur CD / Cassettes				
Téléphone				
Chaise				
Fauteuil				
Table				
Plafonnier				
Applique de lit				
ACCESOIRES	ENTREE		SORTIE	
	OUI	NON	OUI	NON
Lunettes				
Canne				
Prothèse dentaire haut – bas				
Prothèse				
Appareil auditif				
Fauteuil roulant				
Déambulateur				

Le résident répond des dégradations et pertes qui arrivent pendant la location et qui proviennent d'un usage anormal et donc fautif de sa part (sauf cas de force majeure, faute de l'Etablissement, faute d'un tiers non invité ou reçu par le résident).

Le présent état des lieux, établi le jour de l'entrée, contradictoirement entre les parties qui le reconnaissent, fait partie intégrante du Contrat de séjour dont il ne peut être dissocié.

Etat des lieux fait le \_\_\_\_\_

Fait à Terres de Caux, le : ..... / ..... / ....., et remis à chacune des parties qui le reconnaît.

<b>SIGNATURE ET NOM DE L'AGENT</b>	<b>SIGNATURE ET NOM DU RESIDENT</b>
<b>SIGNATURE DU DIRECTEUR</b>	<b>SIGNATURE ET NOM DU REFERENT FAMILIAL</b>
<b>Etat de lieux de sortie fait le .....</b> <b>Date de libération du logement</b>	<b>SIGNATURE ET NOM DU REFERENT FAMILIAL</b>

## ANNEXE 4 : DÉPÔT DES OBJETS PRÉCIEUX

Les biens de valeur peuvent être déposés dans un coffre prévu à cet effet, contre réception d'un reçu et après inventaire. Ils seront restitués après un nouvel inventaire, lors de la sortie de l'Etablissement. Pour les biens non déposés, l'Etablissement ne saurait être tenu responsable en cas de perte, de vol ou de dégradation.


Fait à Terres de Caux Fauville en Caux, le \_\_\_\_\_

Signature  
Le résident

L'Etablissement

Le représentant légal ou le référent familial

## ANNEXE 5 : DROIT À L'IMAGE

Je soussigné (é) : .....

Né (é) le .....

Autorise\* : la Résidence Bouic Manoury

N'autorise pas\* : la Résidence Bouic Manoury

À utiliser mon image dans le cadre  du dossier médical,  du dossier de soins et  des animations, à l'intérieur et à l'extérieur de la Résidence  site internet établissement (Réseaux sociaux)

Signature du résident :

Signature du représentant légal :

Signature du référent familial

## ANNEXE 6 : DEMANDE DE PRESTATION PHARMACEUTIQUE DU RESIDENT

Je, soussigné(e), Madame / Monsieur : ..... résident/e dans l'Etablissement ou son représentant légal ....

- Déclare avoir été informé(e) de l'engagement de l'Etablissement dans une démarche conventionnelle de qualité et de traçabilité totale du circuit du médicament,
- Demande la dispensation de mes médicaments et produits de santé par un Pharmacien d'officine, engagé par Convention à ces objectifs de qualité, de sécurité et de traçabilité totale de sa prestation,
- Demande la dispensation, la préparation éventuelle, la conservation et la gestion nominative sous traçabilité totale de mes médicaments à préparer par et au sein de cette officine,
- Demande la préparation de mes médicaments en pilulier nominatif tracé à usage unique afin d'en faciliter l'administration (*cette demande, pour être valide, suppose une prescription médicale*),
- Demande la destruction des médicaments que je n'aurais pas utilisés selon les procédures assurant la traçabilité de la destruction et la protection de l'environnement,
- Autorise le traitement des données me concernant à partir des serveurs sécurisés
- Autorise le pharmacien à créer et à alimenter mon dossier pharmaceutique via la carte vitale

Le résident (ou son représentant légal) demandant ce service gracieux au sein de l'Etablissement, ne renonce pas à son droit fondamental et permanent au libre choix de son Pharmacien dispensateur.

Précédé de la mention « *Lu et Approuvé* », le .....

Signature du résident : ..... ou du représentant légal :

Signature du référent familial

Le résident peut toutefois choisir une autre Pharmacie, en le notifiant par écrit à la Direction. Il devra prévoir l'approvisionnement des médicaments et adresser le règlement directement à la Pharmacie de votre choix.

\* Conformément à la Loi « Informatique et libertés » du 6 Janvier 1978, la personne résidente ou son représentant légal bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des informations le concernant. Pour exercer ce droit, ils peuvent s'adresser à la pharmacie d'officine.

## ANNEXE 7 – LES DEPENSES MEDICALES

Je soussigné(e) (Nom et prénom) : .....

Né(e) le .....

Résident de l'établissement BOUIC-MANOURY

Je m'engager à respecter les règles du dispositif des dépenses médicales et de l'utilisation de sa carte vitale.

Dépense à la charge de l'établissement	Dépense à la charge du résident
<p><u>SANS utilisation de la carte vitale</u></p> <p>-Consultation des médecins libéraux  - Sur prescription :  La rémunération des auxiliaires médicaux libéraux, kinésithérapeutes ; ergothérapeutes, orthophonistes et pédicure pour les <b>résidents diabétiques</b>  - Les examens de biologie et de radiologie  - Les dispositifs médicaux :  Achat en location de matériels médicaux, pansements, sparadraps et compresses, bande de contention, coussins anti-escarres, fauteuil roulant... (procédure pour la prise en charges des dépenses de soins en ehpad)</p>	<p><u>SANS utilisation de la carte vitale</u></p> <p>-Soins de pédicure pour les <b>résidents non diabétiques</b></p> <p><u>AVEC utilisation de la carte vitale</u></p> <p>-Les soins dentaires  - Les examens médicaux nécessitant le recours à des équipements matériels lourds (scanner, IRM...)  - Les honoraires et prescriptions de médecins spécialistes libéraux  - Les transports sanitaires  - Les médicaments</p>

Attestation signée à Fauville le .....

Cosignature de la personne accueillie et de la personne de confiance

Signature du directeur ou de son représentant

## ANNEXE 8 – MANDAT – GESTION DU COURRIER

Je soussigné (e), Madame / Monsieur : .....résident/e à la résidence BOUIC MANOURY de Terres de Caux Fauville en Caux

- Reconnaiss être informé(e) de l'organisation de la distribution postale au sein de la résidence **BOUIC MANOURY**, et notamment sur le fait que la résidence **BOUIC MANOURY** se charge de donner mandat à un de ses agents pour assurer les fonctions de mandataire postal
- Donne mandat à la résidence **BOUIC MANOURY** à charge pour elle de nommer un mandataire postal pour recevoir, en mon nom et place, l'ensemble des envois postaux nécessitant une remise contre signature, à charge pour la résidence de me transmettre ces envois.
- Ou ne donne mandat à la Résidence

Fait à Fauville en Caux

Le .....

Signature

Le résident

Le référent familial

## ANNEXE 9 – ATTESTATION RELATIVE A L’INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE

*Conformément au décret N°2016-1395 du 18 Octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l’information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l’article L311-5-1 du Code de l’Action Sociale et des Familles.*

Je soussigné(e) (Nom et prénom) .....

Fonctions dans l’établissement.....

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

Nom et prénom : .....

Né(e) le .....

Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Désigne comme personne de confiance

Mr – Mme ..... (nom et prénom)

Adresse : .....

Téléphone : .....

Lien de parenté : .....

Certifie avoir été informé (e) de ma désignation en qualité de personne de confiance de la personne ci-dessus et avoir été informé sur ma mission

Attestation signée à....., le .....

Cosignature de la personne accueillie et de la personne de confiance

Signature du directeur ou de son représentant

## ANNEXE 10 - ATTESTATION SUR L'HONNEUR – MATERIEL MEDICAL

Je soussigné(e) Madame / Monsieur : .....certifie sur l'honneur m'engager à rendre tout matériel de location (lits médicalisés, lève malade...), détenu à mon domicile avant mon entrée en hébergement permanent à l'E.H.P.A.D. Bouic Manoury – Terres de Caux Fauville en Caux

Les charges locatives de dispositifs médicaux, engagées à mon domicile, ne pourront être opposables à l'établissement.

L'établissement se réserve la possibilité de transmettre le présent document à la caisse d'assurance maladie le cas échéant.

Entrée le : .....

Fait à ....., le .....

Signature de la personne accueillie

Ou de son représentant légal

Ou du référent familial

## ANNEXE 11 : TROUSSEAU TYPE

Désignation	Qté	Désignation	Qté recommandée
<b>HOMMES</b>		<b>FEMMES</b>	
Maillots de corps ou Slips	8	Soutien-gorge Culottes	4 10
Pyjamas	7	Chemises de corps	7
Robe de chambre	2	Combinaisons	6
Joggings ou pantalons	8	Chemises de nuit	8
Polos ou chemises	8	Robes de chambre	2
Pulls avec ouverture facile	4	Robes ou jupes	7
Gilets	3	Chemisiers	7
Manteau	1	Pulls ou sweat avec	4
Chaussettes	7	Gilets	4
Chaussures	2	Manteau	1
Chaussons lavables	2	Bas, chaussettes ou	7 paires
Veston ou blouson	1	Chaussons lavables	2 paires
Ceinture ou bretelle	2	Chaussures	2 paires
1 Lampe de poche	1		

Une valise ou un sac de voyage en cas d'hospitalisation. Le reste du linge (serviette, gant de toilette, serviette de table) est fourni par l'Etablissement. Toutefois, le résident peut en prévoir.

Il est souhaitable de prévoir des **vêtements amples et faciles à l'habillage**. Les vêtements en tissu, type : « Rhovyl », «Courtelle», «Damart», lainages « *pure laine* » ne sont pas acceptés. Pour le linge fragile, il faut, dans ce cas, prévoir un panier à linge dans le logement. Prévoir des vêtements adaptés aux différentes saisons. Pour les sorties extérieures, prévoir chapeau, bonnet, foulards.

Le trousseau doit être remplacé ou complété dès que nécessaire.

Pour tous renseignements complémentaires, contacter la Blanchisserie.

### **Nécessaire de toilette :**

Un nécessaire de toilette est demandé : trousse de toilette avec rasoir, brosse à dents, peigne, brosse, boîte à appareil dentaire, gobelet à dents.

Les produits d'hygiène sont également à prévoir : savonnettes, shampoing, eau de toilette, dentifrice, mousse à raser, nettoyant pour appareil dentaire, fixateur d'appareil dentaire, etc., **à renouveler régulièrement**.

L'inventaire du trousseau est réalisé et conservé par le Service lingeerie.

Enfin l'équipe du service se tient à votre disposition pour tout problème concernant le linge ou les produits de toilette.

## ANNEXE 12 – TARIFS ET CONDITIONS DE FACTURATION

MODALITES DE FACTURATION	HOSPITALISATION	ABSENCE POUR CONVENANCES PERSONNELLES
Hébergement	Déduction du forfait hospitalier à partir de 72 heures d'hospitalisation (- 20 euros au 01.01.2018)	Déduction du forfait coût alimentaire fixé par le département (- 4.01 euros) *
Talon dépendance	Pas de facturation dès le premier jour	Pas de facturation sous réserve d'information préalable

\*Dispositions particulières pour l'aide sociale

### Tarif à compter du 1<sup>er</sup> Mars 2025

#### HEBERGEMENT :

- Réservation du logement : 55.52 euros par jour
- Libération du logement : 55.52 euros par jour
- Tarif hébergement pour les plus de 60 ans : 67.37 euros par jour
- Tarif hébergement pour les moins de 60 ans : 86.62 euros par jour

#### DEPENDANCE :

Gir 1 et 2 : 25.42 euros par jour (18.57 euros pris en charge par le département et la différence reste à la charge du résident sous réserve d'une participation éventuelle en fonction des revenus)

Gir 3 et 4 : 16.13 euros par jour (9.28 euros par jour pris en charge par le département et la différence reste à la charge du résident sous réserve d'une participation éventuelle en fonction des revenus)

Gir 5 et 6 : 6.85 euros (pas de prise en charge par le département)

**ANNEXE 13 : REGLEMENT FINANCIER ET CONTRAT DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE**  
**Relatif au paiement des factures d'hébergement et dépendance à l'EHPAD « BOUC  
MANOURY » - Fauville en Caux – Terres de Caux**

Entre NOM et Prénom : .....

Demeurant Résidence BOUC MANOURY – 373 rue Charles de Gaulle – 76640 TERRES DE CAUX

Et l'EHPAD « Résidence Bouic Manoury » 373 Rue Charles de Gaulle – 76640 TERRES DE CAUX, représenté par Monsieur PHILIPPE Emmanuel, Directeur Général.

Il est convenu ce qui suit :

**1- Dispositions générales :**

Les résidents hébergés à titre payant à l'Ehpad « Résidence Bouic Manoury » de TERRES DE CAUX Fauville en Caux peuvent régler leur facture soit :

- Par chèque bancaire ou postal, libellé à l'ordre de la Trésorerie de BOLBEC accompagné du talon détachable de l'avis des sommes à payer, sans ne le coller ni l'agrafer, à envoyer à l'adresse suivante : TRESOR PUBLIC – 412 Avenue du Maréchal Joffre – 76210 Bolbec.
- Par prélèvement mensuel automatique pour les redevables ayant souscrit un contrat de prélèvement automatique.

**2- Montant du prélèvement :**

Chaque prélèvement effectué aux environs du 20 de chaque mois de l'année représente le montant égal à la facture mensuelle établie par l'EHPAD de Bouic Manoury. Facturation à terme à échoir.

**3- Changement de compte bancaire**

Le redevable qui change de numéro de compte bancaire, d'agence, de banque ou de banque postale, doit se procurer un nouvel imprimé de demande de mandat de prélèvement SEPA auprès du secrétariat de l'EHPAD de Bouic Manoury. Il conviendra de le remplir et de le retourner, dûment daté et signé, accompagné du nouveau Relevé d'Identité Bancaire ou Postal à L'EHPAD de TERRES DE CAUX Fauville en Caux.

Cet envoi doit parvenir au secrétariat au moins 2 mois avant la date de prélèvement prévue.

**4- Renouvellement du contrat de prélèvement automatique**

Sauf avis contraire du redevable, le contrat de prélèvement bancaire est automatiquement reconduit l'année suivante ; le redevable établit une demande uniquement lorsqu'il a, auparavant dénoncé son contrat et qu'il souhaite à nouveau bénéficier du prélèvement automatique pour l'année suivante.

**5- Echéances impayées**

Si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte du redevable, il ne sera pas automatiquement représenté. Les frais de rejet sont à la charge du redevable. L'échéance impayée augmentée des frais de rejet est à régulariser auprès de la Trésorerie de BOLBEC – 412 Avenue du Maréchal Joffre – 76210 BOLBEC.

Madame / Monsieur : ..... autorise l'EHPAD Résidence Bouic Manoury de TERRES DE CAUX – Fauville en Caux à effectuer le prélèvement automatique et s'engage à approvisionner son compte, à signaler toute anomalie à l'EHPAD dès réception de la facture.

Fait à ....., le .....

Signature du redevable (précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Directeur Général : Monsieur Emmanuel PHILIPPE  
 Directrice Adjointe : Madame Lydia RAMASSAMY

### **ENCADREMENT ET QUALITE DE VIE**

Médecin coordonnateur : Dr MOUTERDE  
 Cadre de Santé : MME LECLERC – POSTE 233  
 IDEC : Madame BLONDEL Laura – Poste 216  
 IDEC : Madame FEUILLYE Madeline – Poste 276  
 Psychologue : Madame Julie DELHASSE – Poste 252  
 Animatrice : Poste 275

Infirmières : Poste 234 et 274  
 Service 1er Etage : Poste 260  
 Service 2ème Etage : Poste 261  
 Service Unité Protégée : Poste 258 ou 259  
 Responsable hôtellerie : Poste 268

### **SERVICES LOGISTIQUES**

Service Technique : MR CAVELIER Poste 271  
 Service Technique : Mr RENOU Poste 273  
 Service Lingerie : Poste 256  
 Service Cuisine : Madame LETHUILLIER – Poste 400 ou 403

### **ACCUEIL – ADMISSIONS**

Mme THOMAS 02.35.96.77.11

### **CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Monsieur VASSE, Président, Maire de Terres de Caux

### **CONSEIL DE LA VIE SOCIALE**

Représentant des personnes accompagnées

Monsieur DOUTRELEAU André, Membre Titulaire  
 Madame GRENET Sonia, Membre Titulaire  
 Monsieur GRENIER Jacques, Membre Suppléant

Monsieur BARBARAY Serge, Titulaire

### **Représentants des familles**

Madame LAMBERT Christèle, Membre Titulaire

Représentant en charge d'une mesure de protection

Monsieur TOURMENTE Michel, Membre Titulaire

### **ASSOCIATION « AU PATIO FLEURI «**

Madame GRENET Sonia, Présidente  
 Madame SAUTREL Corinne, Trésorière  
 Madame SOUDAY Maryline, Secrétaire

En semaine, du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h00 : les appels téléphoniques extérieurs arrivent sur le standard 02.35.96.77.11 au service administratif

En semaine, du lundi au vendredi, de 17h00 à 21h00, de 7h00 à 8h30 : les appels téléphoniques extérieurs sont transférés sur le Poste 234 - IDE (toutes les nuits y compris samedi, dimanche et jour férié, de 21h00 à 7h00)