



CONTRAT HEBERGEMENT TEMPORAIRE



Version V	Avis favorable du CVS le 04/06/2024 Délibéré par le Conseil d'Administration le 17/06/2024
-----------	---

SOMMAIRE

I.	OBJET DU CONTRAT DE SEJOUR.....	P 3
II.	DEFINITION AVEC LE RESIDENT OU SON REPRESENTANT LEGAL DES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE	P 4
III.	DUREE DU SEJOUR.....	P 4
IV.	PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT	P 4
V.	DESCRIPTION DU LOGEMENT ET DU MOBILIER FOURNI PAR L'ETABLISSEMENT	P 5
VI.	PRESTATIONS A LA CHARGE DU RESIDENT	P 6
VII.	AIDES A L'ACCOMPAGNEMENT DES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE QUOTIDIENNE	P 6
VIII.	SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE	P 6
IX.	COUT DU SEJOUR	P 6
X.	CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION	P 7
XI.	FACTURATION EN CAS DE RESILIATION DU CONTRAT	P 7
XII.	AIDES POSSIBLES A LA PRISE EN CHARGE	P 8
XIII.	RESPONSABILITES RESPECTIVES	P 9
XIV.	RESPECT DU LIBRE ARBITRE DES PERSONNES AGEES / DROIT AU CHOIX DE VIE – DROIT AU RISQUE.....	P 9
XV.	CONTENTIEUX – LITIGE.....	P 9
XVI.	SIGNATURE DU CONTRAT	P 10

I- OBJET DU CONTRAT DE SEJOUR

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 la Convention tripartite pluriannuelle,
- aux délibérations du Conseil d'Administration.

La Résidence BOUIC-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.

Le Contrat de séjour est conclu entre :

La Résidence BOUIC-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*) :

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

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

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.

III. DUREE DU SEJOUR

L'hébergement temporaire n'excède pas une durée maximum de trois mois répartis sur l'année. Le contrat d'hébergement temporaire prend fin à la date conjointement fixée à ce contrat, le jour de l'admission. **Les familles doivent avoir pris les dispositions de retour au domicile au cours de la période d'accueil du résident à l'Ehpad.** La structure d'hébergement temporaire doit rester une structure de relais et de répit, **elle ne constitue pas une étape vers une prise en charge permanente systématique.**

Le présent contrat est conclu pour toutes les périodes d'hébergement temporaire qui auront lieu au cours de l'année civile. La date d'entrée et de sortie du résident sont fixées par les deux parties. Elles correspondent à la facturation des prestations d'hébergement. Un contrat d'hébergement temporaire sera effectué à chaque séjour et si nécessaire des avenants seront faits en cas de prolongation des séjours.

Le présent contrat est conclu pour une durée déterminée

Du au

IV. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT

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 de la chambre et des locaux collectifs, l'accès à une salle de bain comprenant un lavabo, une douche et des toilettes, fournitures des fluides (électricité, eau, éclairage, chauffage), mise à disposition de tout équipement lié au cadre bâti de l'EHPAD, l'entretien et le nettoyage des chambres, 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 :** la fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien. Les modalités de la prestation blanchissage sont définies dans le règlement de fonctionnement. En cas de refus de la prestation du marquage du 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. Les modalités de la prestation d'animation sont définies dans le règlement de fonctionnement.

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.

- **La prestation pharmaceutique :**

Hébergement temporaire inférieur à -15 jours : La personne accompagnée ou son référent doit prévoir l'approvisionnement des médicaments durant la période d'hébergement. Celle-ci est à adresser aux infirmières du service avec l'ordonnance pour la préparation du pilulier.

Hébergement temporaire supérieur à +15 jours : La prestation est assurée par l'officine de Pharmacie conventionnée avec l'établissement (information inscrite dans le règlement de fonctionnement). Avant le début de la prise en charge de la

personne accompagnée, il est nécessaire d'adresser une ordonnance (2 jours avant la date d'entrée) afin d'obtenir les traitements le jour de son arrivée. Si l'ordonnance n'est pas délivrée préalablement, la personne accueillie ou son référent doit préparer les traitements personnels pendant une durée nécessaire à la prise en charge de l'officine de Pharmacie.

V- 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 :

Un état des lieux contradictoire, écrit, est dressé à l'entrée. La clé du logement est remise lors de la prise de possession du lieu si le résident le souhaite. L'établissement assure toutes les tâches de ménage ainsi que les petites réparations réalisables par l'agent technique de la structure. Le logement est meublé par l'établissement (lit, table de chevet, armoire, fauteuil de confort et une télévision). Il est néanmoins possible et conseillé de le personnaliser (bibelots, photos...) d'une manière compatible avec l'état de santé, la superficie affectée, la sécurité et l'organisation des soins tant pour le résident que pour le personnel et les visiteurs.

VI- Prestations à la charge du résident.

Le résident pourra bénéficier des services qu'il aura choisis : coiffure, soins de pédicurie. Il en assurera directement le coût. Les modalités de la prestation à la charge du résident sont définies dans le règlement de fonctionnement.

VII- Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne :

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

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

VIII. SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE

Les modalités des soins et surveillance médicale et paramédicale sont définies dans le règlement de fonctionnement.

Si une hospitalisation à domicile (HAD) est en rigueur avant son admission, les interventions de soins doivent se poursuivre tout au long de son séjour en tenant compte de la gestion du matériel médical.

IX : COUT DU SEJOUR

9.1 Montant des frais de séjour :

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 :

	Tarif hébergement
<input checked="" type="checkbox"/> Hébergement temporaire	82.47 €

Il est révisé au moins chaque année et fait l'objet d'un avenant au présent contrat communiqué. Les frais d'hébergement sont payables mensuellement par prélèvement automatique, par chèque à l'ordre du trésor public ou paiement en ligne PAYFIP.

9.2 – Frais liés aux soins

Les modalités des frais liés aux soins sont définies dans le règlement de fonctionnement.

X. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

Le coût du séjour reste dû en cas d'absence. Des règles différentes s'appliquent en cas d'absence pour convenance personnelle ou d'absence pour hospitalisation.

10.1 - Hospitalisation.

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

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

10.2- Absence pour convenances personnelles.

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

En cas d'absence pour convenances personnelles supérieures à 72 heures (soit 3 jours d'absences), le tarif journalier afférent à l'hébergement est minoré des charges variables relatives à la restauration définie dans le règlement départemental d'aide sociale pour un montant de 4.01 euros (coût alimentaire de l'établissement 6.40 euros) et d'une durée maximale de 30 jours pour tous les contrats aux 01.01.2023, sauf exception pour les résidents pris en charge à l'aide sociale.

XI- FACTURATION EN CAS D'ANNULATION OU DE RESILIATION DU CONTRAT

La résiliation du contrat par l'intéressé(e) ne donnera lieu au remboursement des sommes dues qu'en cas de force majeure. * (cf paragraphe 11.1/11.2/11.21/11.22/11.23)

11.1 - Annulation du séjour :

Le séjour ne sera pas facturé pour raison médicale. A cet effet, un certificat médical ou un bulletin d'hospitalisation vous sera demandé. En l'absence de ce document accompagné du courrier d'annulation, le séjour sera facturé.

Tout séjour annulé huit jours avant l'arrivée du résident, sera facturé dans sa totalité.

11.2 - Résiliation

Le présent contrat pourra être résilié tant par l'établissement que par le résident et/ou son représentant légal au moyen d'une lettre recommandée avec A.R, aux motifs suivants :

- Départ volontaire
- Inadaptation de la personne accueillie
- Manquement grave au règlement de fonctionnement,

Pour les cas cités ci-dessus, le séjour est dû dans sa totalité :

-Dans le cas où le résident serait atteint, d'une affection somatique, psychique ou d'une invalidité ne permettant plus son maintien dans l'établissement. Les membres de la famille seront prévenus. Le Directeur de l'établissement fera en sorte que des solutions soient alors recherchées avec le résident, sa famille, son médecin traitant, pour le faire admettre temporairement ou définitivement dans un établissement plus approprié aux nécessités de son accompagnement.

Pour ces cas cités ci-dessus, le séjour est dû pour la période d'accueil et jusqu'à réception du courrier en recommandé adresser au directeur de l'établissement.

11.21 - Cessation totale d'activité de l'établissement.

11.22 - 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 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. Le Directeur de l'établissement s'engage à mettre en œuvre les moyens de respecter les volontés exprimées par écrit.

11.23 - Libération de la chambre

La libération de la chambre effectuée par la famille est facturée, correspondant au montant de l'hébergement minoré du coût alimentaire fixé sur l'annexe des prestations affiché à l'accueil.

La chambre doit être libérée dès que possible. A défaut, la direction peut procéder à la libération de la chambre afin d'accueillir un futur résident. Ainsi la libération de la chambre sera facturée.

XII. AIDES POSSIBLES A LA PRISE EN CHARGE

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

La personne âgée bénéficiant de l'APA à domicile devra informer les services du Conseil Départemental de son admission en hébergement temporaire. Les services du Conseil départemental se chargeront d'évaluer le montant de l'APA attribuée au cours de la période d'hébergement temporaire. Seules les personnes âgées de plus de 60 ans et classées entre le GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA.

Allocation logement ou APL

La personne âgée ne pourra pas bénéficier de ce type de prestation.

Aide sociale

La personne âgée ne pourra pas bénéficier de ce type de prestation.

XIII. RESPONSABILITES RESPECTIVES

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.).

Lors de l'admission, le résident doit souscrire une assurance responsabilité civile avec risques locatifs à joindre à l'entrée.

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 les prestations de confort (médecins, kinésithérapeutes, 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.

XIV – RESPECT DU LIBRE ARBITRE DES PERSONNES AGEES/ 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.

XV - 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.

XVI – 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 Fauville Terres-de-Caux, le

Le Résident :

La direction :

Ou son représentant légal

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 du contrat obsèques, si existant,
- copie du jugement de la mesure de protection juridique,
- éventuellement, les volontés ou directives anticipées du résident, sous pli cacheté.

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX D'ENTRÉE

ANNEXE 2 : INVENTAIRE DES BIENS PERSONNELS

ANNEXE 3 : DÉPÔT DES OBJETS PRÉCIEUX

ANNEXE 4 : DROIT À L'IMAGE

ANNEXE 5 : GESTION DU COURRIER

ANNEXE 6 : ATTESTATION RELATIVE A L'INFORMATION SUR LA PERSONNE DE
CONFIANCE – FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

ANNEXE 7 : DEMANDE DE PRESTATION PHARMACEUTIQUE DU RESIDENT

ANNEXE 8 : TROUSSEAU TYPE

ANNEXE 9 : TARIFS ET CONDITIONS DE FACTURATION

ANNEXE 10 : REGLEMENT FINANCIER

ANNEXE 1 : ETAT DES LIEUX D'ENTREE ET DE SORTIE

Dressé entre :

Madame / Monsieur :

Résident/e,

....., 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									

ACCESSOIRES	ENTREE		SORTIE		COMMENTAIRES
	OUI	NON	OUI	NON	
Clés du logement					
Clé Boîte à lettre					
Clé du coffre-fort					
Appel malades N°					

ANNEXE 2 - INVENTAIRE DES BIENS PERSONNELS

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

Fournis par
l'établissement

Fournis par
l'établissement

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.

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

ANNEXE 3 : 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 4 : DROIT À L'IMAGE

Je soussigné (é) : Madame / Monsieur :

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 5 - Mandat – Gestion du courrier

Je soussigné (e), Madame / Monsieur :

résident/e à la résidence **BOUIC MANOURY** de Terres de Caux Fauville en Caux

- Reconnais 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.

Fait à Fauville en Caux

Le

Signature

Le résident

Le référent
familial

ANNEXE 6 - Attestation relative à 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 7 : Demande de prestation pharmaceutique du résident

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 au Directeur de l'Etablissement, à la Pharmacie d'officine.

ANNEXE 8 : TROUSSEAU TYPE

Désignation	Qté	Désignation	Qté recommandée
HOMMES		FEMMES	
Maillots de corps ou chemisettes	8	Soutien-gorge	4
Slips	10	Culottes	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 ouverture facile	4
Chaussettes	7 paires	Gilets	4
Chaussures	2 paires	Manteau	1
Chaussons lavables	2	Bas, chaussettes ou collants	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 lingerie.

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

ANNEXE 9 – 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 01/03/2025

HEBERGEMENT :

- Tarif hébergement temporaire : 82.47 euros par jour

ANNEXE 10 : REGLEMENT FINANCIER ET CONTRAT DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
Relatif au paiement des factures d'hébergement et dépendance à l'EHPAD « BOUIC MANOURY » -
Fauville en Caux – Terres de Caux

Entre NOM et Prénom :

Demeurant Résidence BOUIC 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 Fauville-En-Caux, le

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

<p>Mise à jour le 05/01/2026</p> <p>Directeur Général : Monsieur PHILIPPE Emmanuel Directrice Adjointe : Madame RAMASSAMY Lydia</p>	
ENCADREMENT ET QUALITE DE VIE	
<p>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</p>	<p>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</p>
SERVICES LOGISTIQUES	
<p>Service Technique : MR CAVELIER Poste 271 Service Technique : Mr RENOU Poste 273 Service Lingerie : Poste 256 Service Cuisine : Madame LETHUILLIER– Poste 400 ou 403</p>	
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	
<p>Monsieur DOUTRELEAU André, Membre Titulaire Madame GRENET Sonia, Membre Titulaire Monsieur GRENIER Jacques, Membre Suppléant</p>	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 »	
<p>Madame GRENET Sonia, Présidente Madame SAUTREL Corinne, Trésorière Madame SOUDAY Maryline, Secrétaire</p>	

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)