



Maison de Retraite Publique

**MON REPOS**

Etablissement Hébergeant des Personnes Agées

## ***CONTRAT DE SEJOUR*** ***Hébergement Temporaire***



### **EHPAD MON REPOS**

5 Place Jean RIMBERT 63190 LEZOUX

☎ 04.73.73.28.28 – ✉ [direction@mrmonrepos.fr](mailto:direction@mrmonrepos.fr)


🌐 [www.ehpadmonrepos-lezoux.fr](http://www.ehpadmonrepos-lezoux.fr)

*Le contrat de séjour formalise la relation entre la personne accueillie et l'établissement. Il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.*

Conseil de la vie sociale du 30/06/2020.


Conseil d'administration du 30/06/2020.

Mise à jour des tarifs 2022 le 26/01/2022, le 18 mars 2024

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	4
	<i>HEBERGEMENT TEMPORAIRE</i>	Date	18.04.2024

## SOMMAIRE

<b>I. HEBERGEMENT TEMPORAIRE</b>	<b>5</b>
<b>II. CONDITIONS D'ADMISSION</b>	<b>5</b>
<b>III. DUREE DU SEJOUR</b>	<b>6</b>
<b>IV. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT</b>	<b>6</b>
4.1 Prestation d'administration générale	6
4.2 Description du logement et du mobilier fourni par l'établissement	7
4.3 Changement de chambre	7
4.4 Restauration	7
4.5 Le linge et son entretien	7
4.6 Distribution du courrier destiné aux résident(e)s	8
4.7 Animation	8
4.8 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne	8
4.9 Dispositifs médicaux et prestations à domicile	9
<b>V. SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE</b>	<b>9</b>
<b>VI. COUT DU SEJOUR</b>	<b>10</b>
6.1 Frais d'hébergement	11
6.2 Frais liés à la dépendance	11
<b>VII. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION</b>	<b>12</b>
7.1. Hospitalisation et absences pour convenances personnelles	12
7.2. Facturation en cas de résiliation du contrat	12
7.3. Facturation en cas d'annulation du séjour	13
<b>VIII. RESILIATION DU CONTRAT</b>	<b>13</b>
8.1 Délai de rétractation	13
8.2 Résiliation à l'initiative du résident	13
8.3 Résiliation à l'initiative de l'établissement	13
<b>IX. ASSURANCES</b>	<b>14</b>
<b>Annexe 1 : Tarif EHPAD 2024</b>	<b>17</b>
<b>Annexe 2 : Engagement à payer</b>	<b>18</b>
<b>Annexe 3 : Prises de vues</b>	<b>19</b>
<b>Annexe 4 : Dispositifs médicaux en location et prestations préexistants au domicile du résident avant son entrée dans l'établissement</b>	<b>20</b>


	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	<i>CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE</i>	Version	4
		Date	18.04.2024

*Le contrat de séjour définit les droits et les obligations de l'établissement et du résident avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.*

*Les particuliers appelés à souscrire un contrat de séjour peuvent, lors de la signature, se faire accompagner de la personne de leur choix et font connaître à l'établissement le nom et les coordonnées de la personne de confiance au sens de l'article L1111-6 du code de la santé, s'ils en ont désigné une.*

*Le contrat est établi en tenant compte des mesures et décisions administratives, judiciaires, médicales adoptées par les instances ou autorités compétentes. Il les cite en références et ne peut y contrevenir. 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.*

*L'EHPAD de LEZOUX est un établissement public social et médico-social (EPSMS) autonome.*

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE	Version	4
		Date	18.04.2024

**Le contrat de séjour est conclu entre :**

**D'une part,**

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes « *Mon Repos* », représenté par son directeur,

**Et d'autre part,**

Mme ou/et M .....  
(indiquer Nom(s) et Prénom(s))

Né(e) le ..... à .....


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

Le cas échéant, représenté par M ou Mme (indiquer, Nom, Prénom, date et lieu de naissance, adresse, éventuellement lien de parenté ou personne de confiance).....  
.....

Dénommé(e) le représentant légal (préciser : tuteur, curateur..., joindre photocopie du jugement).

La durée de l'hébergement ne peut excéder 90 jours consécutifs ou non, sur une période de 12 mois. La durée minimale est de 8 jours à temps complet

Il est convenu ce qui suit.

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE	Version	4
		Date	18.04.2024

## I. HEBERGEMENT TEMPORAIRE

---

### 1.1 Modalités d'accueil

L'hébergement temporaire est un mode d'accueil proposé par l'établissement et peut s'organiser :

1. Soit pour une durée minimale de 8 jours à temps complet,
2. Soit sur un mode séquentiel d'une durée de 90 jours consécutifs ou non, sur une période de 12 mois.

L'hébergement temporaire vise à développer ou à maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie tout en facilitant et préservant son intégration sociale.

### 1.2 Objectifs

Il est une solution d'accueil provisoire qui peut être utile dans les cas suivants :

- Maintien à domicile compromis du fait d'une situation de crise, d'isolement, d'absence des aidants, de travaux dans le logement, etc.
- Il peut être un premier pas vers un hébergement permanent mais sa vocation première est de permettre un retour à domicile ou dans le lieu de vie habituel.

Les prestations proposées sont les mêmes que pour l'hébergement permanent à l'exception d'un téléviseur qui sera installé gracieusement à disposition du résident.


## II. CONDITIONS D'ADMISSION

---

L'admission est prononcée par le Directeur de l'Etablissement, après présentation :

- **Du dossier Administratif**, comprenant :
  - Une photocopie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance,
  - La carte vitale accompagnée de l'attestation d'affiliation à la Sécurité Sociale,
  - La carte de mutuelle,
  - Les justificatifs de ressources,
  - L'avis d'imposition ou de non imposition de l'année en cours ;
- **Du dossier médical**, rempli par le médecin traitant ou par le médecin du service d'hospitalisation selon le cas.

Au vu de ce dossier, un médecin de l'établissement émet un avis favorable ou défavorable dont dépend la décision d'admission.

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	<i>CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE</i>	Version	4
		Date	18.04.2024

### III. DUREE DU SEJOUR

---

Le présent contrat est conclu pour une durée déterminée à compter du ..... au .....

Si la durée exacte de l'hébergement n'est pas connue, la durée maximale peut être mentionnée par défaut, soit 90 jours ou conditionnée par la disponibilité de l'hébergement temporaire.

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

Elle correspond, sauf cas de force majeure, à la date de départ de la facturation des prestations d'hébergement, même si le résident décide d'arriver à une date ultérieure.

Les arrhes d'un montant de 150 € sont demandées pour la réservation de la chambre. Elles seront déduites du montant global du séjour.

A l'issue du contrat en hébergement temporaire, une transformation en hébergement permanent peut être réalisée selon les disponibilités de l'établissement. Dans ce cas, un changement de chambre pourra avoir lieu ainsi que la signature d'un nouveau contrat de séjour.

### IV. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT

---

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


Les tarifs résultants d'une décision des autorités de tarification (Conseil Départemental, ARS) et qui s'imposent à l'établissement font l'objet d'un document annexé au présent contrat, porté à la connaissance du résident ou de son représentant légal. Toutes modifications leur sont communiquées. Ce document organise le rattrapage du paiement du tarif hébergement quand il est fixé après le 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours par le Président du Conseil Départemental.

#### **4.1 Prestation d'administration générale**

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

Sont également inclus :

- tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;
- état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement
- tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	<i>CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE</i>	Version	4
		Date	18.04.2024

dont la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement.

#### **4.2 Description du logement et du mobilier fourni par l'établissement**

A la date de la signature du contrat, le logement n° ..... du service..... est attribué à M.....

L'établissement assure toutes les tâches de ménage et les petites réparations, réalisables par l'équipe technique de la structure.

Un téléviseur est mis à disposition du résident.

Il est recommandé de ne pas amener d'objets de valeur ou de conserver des sommes d'argent importantes. L'établissement décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

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

A l'entrée, un forfait est facturé pour toute la durée du séjour. Un numéro personnel est attribué et permet de recevoir directement les communications téléphoniques.

D'autre part, pour vos communications, il sera nécessaire d'acheter des unités auprès du Bureau des Entrées.

#### **4.3 Changement de chambre**

Des changements de chambre peuvent être effectués pour raison de santé ou de sécurité des résidents. Le résident en sera bien sûr informé. Le représentant légal du résident en sera informé et/ou son entourage (avec l'accord du résident).

#### **4.4 Restauration**


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

Les repas (petit-déjeuner, déjeuner, dîner) sont pris en salle à manger du service sauf si l'état de santé du résident justifie qu'ils soient pris en chambre.

Les régimes alimentaires prescrits par ordonnance sont pris en compte.

#### **4.5 Le linge et son entretien**

Le linge domestique (draps, serviettes de toilette, serviettes de table...) est fourni et entretenu par l'établissement. Cependant un trousseau est conseillé à l'admission.



	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE	Version	4
		Date	18.04.2024

Le linge personnel peut être lavé et repassé par l'établissement, sans frais supplémentaires, à condition qu'il soit marqué aux nom, prénom et nom du service à l'aide d'étiquettes tissées exclusivement.

**Chaque apport de linge en cours de séjour doit impérativement être signalé aux agents du service afin de leur permettre de faire procéder à son marquage, faute de quoi il n'est pas possible de réattribuer les vêtements à leur possesseur après lavage.**

L'établissement peut effectuer ce marquage en contrepartie d'un forfait (valable pour toute la durée du séjour) à verser auprès du régisseur.

**Il n'est pas possible pour l'établissement d'assurer l'entretien du linge délicat (laine, Damart et soie).**

Les étiquettes de vêtements portant un cuvier barré ou un cuvier avec une main plongeant dans l'eau   sont, par exemple, des indications empêchant le traitement du linge dans la buanderie de l'établissement.

**Les vêtements de ce type** qui peuvent faire partie d'un trousseau, malgré les restrictions posées ci-dessus quant à leur entretien, **doivent alors être pris en charge par le résident, sa famille ou sa personne de confiance.**

#### **4.6 Distribution du courrier destiné aux résident(e)s**

Dans le cadre d'une convention signée avec La Poste, le bureau d'accueil de l'établissement est chargé de recevoir les envois postaux à l'attention des résident(e)s, y compris ceux remis contre signature. L'établissement s'engage à les leur remettre.

Les envois postaux remis contre signature refusés par les résident(e)s seront rendus à La Poste sans avoir été ouverts.

#### **4.7 Animation**

Les actions d'animation régulièrement organisées dans l'établissement ne donnent pas lieu à facturation.


Pour certaines activités extérieures, une participation peut être demandée (sorties, restaurants ...).

#### **4.8 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, ...),
- 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...).



	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE	Version	4
		Date	18.04.2024

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.

Les autres déplacements à l'extérieur de l'établissement et notamment les consultations chez les médecins spécialistes sont à la charge du résident et de sa famille. Cette dernière sera informée des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser.

Dans l'hypothèse où l'accompagnant ne peut pas se déplacer, la personne pourra être conduite, soit en véhicule sanitaire léger (si son état le permet), soit en ambulance à ses frais et sur prescription médicale.

#### **4.9 Dispositifs médicaux et prestations à domicile**

Durant toute la durée du séjour à l'EHPAD Mon Repos, les dispositifs médicaux (fauteuils roulant, médicaments, matériels médicaux, compléments nutritionnels oraux, etc.) sont pris en charge dans le cadre du forfait soins de l'établissement.

Dès l'entrée en établissement, il revient au résident, sa famille ou son représentant légal d'interrompre le dispositif médical auparavant mis en place au domicile (locations, soins, etc.). Dans le cas contraire, le résident, sa famille ou son représentant légal devra en assurer la prise en charge financière.

L'annexe 4 de ce contrat est à compléter afin d'attester que le résident, famille et/ou représentant légal a été informée de cette disposition.

#### **V. SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE**

L'établissement assure une permanence 24h/24h par la présence d'un infirmier, de personnel de nuit et d'un système d'appel malade.


Les mesures médicales et thérapeutiques figurent dans le dossier médical de la personne prise en charge.

L'établissement a opté pour l'option **forfait global de soins**, ce qui signifie qu'il prend en charge la quasi-totalité des dépenses de soins.

**La prise en charge couvre**, outre la rémunération des médecins :

- Les produits pharmaceutiques,
- Les soins infirmiers et les interventions des autres auxiliaires médicaux,
- La fourniture du petit matériel et des produits usuels,
- Les investigations biologiques courantes limitées aux bandelettes utilisables par les infirmières.

**Le matériel médical** spécifique, fauteuils roulants, cadres de marche, lits à hauteur variable, est fourni par l'établissement sauf les équipements très adaptés à une personne, en raison d'un handicap ou d'une stature très spécifique.

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	<i>CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE</i>	Version	4
		Date	18.04.2024

**Les dépenses non comprises et donc à la charge du résident sont :**

- Les honoraires des spécialistes,
- Les soins donnés à l'extérieur de l'Etablissement (séances de radiothérapie par exemple),
- Les soins dentaires,
- Les scanners et IRM,
- Les transports sanitaires (**pour les rendez-vous à l'extérieur de l'établissement** : dentiste, opticien, audioprothésiste, etc.),

**Concernant ces rendez-vous, l'établissement n'a pas la possibilité de mettre à disposition du personnel pour vous accompagner, c'est pourquoi, il vous appartient de prendre vos dispositions.**

- Les frais de pédicure,
- Les bas de contention sur mesure,
- Les médicaments qui ne sont pas agréés à l'usage des collectivités publiques (exemple : homéopathie).

Un service « ambulance et taxis » est assuré par les entreprises agréées des environs selon le libre choix de chaque résident ou de sa famille.

De plus, il appartient au résident et/ou à sa famille de fournir et de renouveler autant de fois que nécessaire :

- les produits d'hygiène corporels (shampooing, savon, gel douche, crème hydratante, etc.)
- les produits pour l'hygiène bucco-dentaire (brosse à dents, tube de dentifrice, produits pour les appareils dentaires, etc.).


Dans le but de prévenir les chutes, il est important que chaque résident bénéficie d'un chaussage adapté (chaussures fermées, tenant bien le pied, sans lacet, sans talons et confortables).

Conformément au décret n° 2016-1743 du 15 décembre, dès lors que des mesures individuelles visant à assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et à promouvoir l'exercice de sa liberté d'aller et venir seront prises par l'établissement, une annexe au contrat de séjour sera établie entre l'établissement et le résident ou son représentant légal.

## **VI. COUT DU SEJOUR**

---

L'établissement bénéficie d'une Convention Tripartite avec le Conseil Départemental et l'Assurance Maladie. Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Par conséquent, les décisions tarifaires et budgétaires annuelles des autorités de tarification s'imposent à l'établissement comme à chacun des résidents qu'il héberge. Elles sont portées à leur connaissance individuellement et collectivement à travers leur représentation au sein du Conseil de la Vie Sociale.

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	4
	<i>HEBERGEMENT TEMPORAIRE</i>	Date	18.04.2024

Le prix de journée est un montant journalier fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil Départemental du Puy-de-Dôme. Il ne peut être rétroactif.

Dans le cas où les tarifs n'ont pas été arrêtés avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs, les recettes relatives à la facturation desdits tarifs journaliers sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

Toute modification du prix de journée est consultable au Bureau des entrées.

Les tarifs figurent en annexe de ce présent contrat de séjour et sont révisés annuellement.

### **6.1 Frais d'hébergement**

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

Les prestations hôtelières décrites ci-dessus sont facturables selon une tarification fixée chaque année par Arrêté du Président du Conseil Départemental.

A la date de conclusion du présent contrat, il est de ..... euros nets par journée d'hébergement. Il est révisé au moins chaque année et communiqué à chaque changement aux résidents.


Les frais d'hébergement sont payables mensuellement au début de chaque mois pour le mois précédent, par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public ou par prélèvement automatique.

### **6.2 Frais liés à la dépendance**

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

Le tarif dépendance est facturé en fonction de l'évaluation AGGIR.

Le tarif dépendance est révisé chaque année et est communiqué aux résidents à chaque changement.

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	<i>CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE</i>	Version	4
		Date	18.04.2024

## VII. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

Le coût du séjour reste dû en cas d'absence.

### 7.1. Hospitalisation et absences pour convenances personnelles

**En cas d'aggravation de son état de santé, l'hospitalisation du résident peut être décidée sur avis médical.**


Des règles de facturation spécifiques s'appliquent à tous les résidents.

	Hébergement	Dépendance (GIR 5/6) Ticket modérateur
<b>Hospitalisation</b>	Dès le 4ème jour (au-delà de 72 heures), paiement du prix de journée minoré du forfait hospitalier par jours d'absence sans limite de durée.	Pas de paiement du ticket modérateur à partir du 4ème jour (au-delà de 72 heures).
<b>Vacances</b>	Dès le 4ème jour (au-delà de 72 heures), paiement du prix de journée diminué de deux fois le minimum garanti par jours d'absence dans la limite de 30 jours dans l'année civile.	
	<b>Dépendance APA (GIR 1/2 et 3/4)</b>	
<b>Hospitalisation et vacances</b>	*Maintien de la facturation pendant 30 jours d'absence minorée du ticket modérateur (GIR 5/6) dans les conditions prévues par l'article R.232-32 du C.A.S.F. *Au-delà des 30 jours suspension de la facturation *Reprise du paiement sans nouvelle demande, à compter du 1 <sup>er</sup> jour du mois au cours duquel l'intéressé n'est plus hospitalisé.	

### 7.2. Facturation en cas de résiliation du contrat

En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à échéance du préavis d'une durée de 10 jours.

En cas de décès, la tarification s'arrête le jour de décès.

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE	Version	4
		Date	18.04.2024

### **7.3. Facturation en cas d'annulation du séjour**

En cas d'annulation du séjour à moins de 72 heures de la date prévisionnelle d'arrivée, les arrhes sont encaissées et non restituées.

## **VIII. RESILIATION DU CONTRAT**

---

### **8.1 Délai de rétractation**

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

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

### **8.2 Résiliation à l'initiative du résident**

Passé le délai de rétractation susmentionné, le présent contrat peut être résilié à tout moment, à l'initiative du résident ou de son représentant légal.

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


Le délai de résiliation est réduit à 8 jours en cas de transfert vers un autre établissement.

### **8.3 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 le maintien dans l'établissement, la Direction prend toute mesure appropriée en concertation avec les parties concernées, le médecin traitant s'il en existe un et un médecin de l'établissement.

Le Directeur de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement est libéré dans un délai de dix jours.

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE	Version	4
		Date	18.04.2024

**En cas d'urgence**, le Directeur de la maison de retraite prend toute mesure appropriée sur avis d'un médecin de l'établissement ou du médecin de garde. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, le résident et/ou son représentant légal sont informés par le Directeur dans les plus brefs délais de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement est libéré dans un délai de dix jours après notification de la décision.

**\* Non respect du règlement de fonctionnement, et/ou du présent contrat**

L'inexécution par le résident d'une obligation prévue au contrat ou de manquement grave et répété au règlement de fonctionnement (exemple : non-respect des règles de vie collective telles que l'interdiction de fumer à l'intérieur des locaux, le non-respect de ses voisins et du personnel, etc.) peut entraîner la résiliation du présent contrat.

**\* Incompatibilité avec la vie collective**

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

**\* Résiliation pour défaut de paiement**

Le paiement du tarif journalier est une obligation incombant au résident au titre du contrat de séjour. Tout retard de paiement égal ou supérieur à dix 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 accusé de réception.


La régularisation doit intervenir dans un délai de dix jours à partir de la notification du retard. A défaut, le logement est libéré dans un délai de dix jours à compter de la notification de la résiliation du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

## **IX. ASSURANCES**

---

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

Ces assurances n'exonèrent pas le résident des dommages dont il pourrait être la cause. Il a donc été informé de l'obligation de souscrire à ses frais une assurance Responsabilité Civile individuelle et a présenté une police d'assurance signée de la société

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	<i>CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE</i>	Version	4
		Date	18.04.2024


..... valide jusqu'au ..... et s'engage à la renouveler si besoin.

Le résident certifie être informé de la recommandation qui lui a été faite de souscrire une assurance de ses biens et objets personnels contre le vol.

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

Etabli conformément :

- À la loi du 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- Les articles L 311-4, L342-2, L342-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Au décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge
- Aux dispositions contenues dans le règlement départemental d'aide sociale le cas échéant
- Aux dispositions contenues dans la convention tripartite pluriannuelle le cas échéant
- Aux délibérations du Conseil d'Administration
- A la loi N°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- A la loi N°2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation
- Au décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Au décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD mentionné au I de l'article L. 312-12 du code de l'action sociale et des familles
- Au décret N°2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD
- Au décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	4
	<i>HEBERGEMENT TEMPORAIRE</i>	Date	18.04.2024

Pièces jointes au contrat :

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

- Un livret d'accueil auquel est annexé une charte des droits et libertés de la personne hébergée.
- Le « règlement de fonctionnement<sup>u</sup> dont le résident et/ou son représentant légal déclarent avoir pris connaissance,
- Une annexe indicative relative aux tarifs et conditions de facturation,
- Une copie du jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice le cas échéant,
- Un avenant précisant les objectifs et les prestations adaptées à une prise en charge individuelle de la personne,
- L'attestation d'assurance de responsabilité civile et dommages accidents du résident,
- L'attestation de l'assurance dommages aux biens et objets personnels,
- Les directives anticipées sous pli cacheté le cas échéant,
- Un engagement de payer,
- Le formulaire de désignation de la personne de confiance le cas échéant,
- Le formulaire attestant la résiliation de la location de matériel médical à domicile
- Le formulaire autorisant ou non la prise de vues

**SIGNATURE DU CONTRAT**

La réservation a lieu le : .....

L'entrée aura lieu le : .....

Je soussigné(e), M.ou Mme .....

Certifie avoir pris connaissance des dispositions générales du présent contrat de séjour.


**Fait à ....., le .....**

**Lu et approuvé,**

**La Directrice,  
E. MORIOU-VIGNAU**

**Le Résident : M.....  
ou son représentant légal : M .....**



	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE	Version	4
		Date	18.04.2024

## Annexe 1 : Tarif EHPAD 2024



# TARIF 2024 – HEBERGEMENT TEMPORAIRE

*À compter du 1<sup>er</sup> Mars 2024*

### Journée d'hébergement (tarif révisé annuellement) :

- Chambre individuelle **62.82 €**
- Chambre double **57.76 €**

### Journée dépendance :

- GIR 1/2 = **21.35 €**
- GIR 3/4 = **13.55 €**
- GIR 5/6 = **5.74 €**

### Tarif journalier à la charge du résident :

#### GIR 1/2

- Chambre individuelle **84.17 € (62.82 + 21.35)**
- Chambre double **79.11 € (57.76 + 21.35)**

*soit 2 609.27 € pour 31 jours en chambre individuelle*

*soit 2 452.41 € pour 31 jours en chambre double*

#### GIR 3/4

- Chambre individuelle **76.37 € (62.82 + 13.35)**
- Chambre double **71.31 € (57.76 + 13.35)**

*soit 2 367.47 € pour 31 jours en chambre individuelle*


*soit 2 210.61 € pour 31 jours en chambre double*

#### GIR 5/6

- Chambre individuelle **68.56 € (62.82 + 5.74)**
- Chambre double **63.50 € (57.76 + 5.74)**

*soit 2 125.36 € pour 31 jours en chambre individuelle*

*soit 1 968.50 € pour 31 jours en chambre double*

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE	Version	4
		Date	18.04.2024

## Annexe 2 : Engagement à payer

### ENGAGEMENT DE PAYER DES FRAIS D'HEBERGEMENT A LA MAISON DE RETRAITE « MON REPOS »

L'état de santé de M .....

Domicilié(e) à :

.....  
 .....

Nécessite son admission à compter du : .....

A la maison de retraite de : .....

Je soussigné(e)

NOM : .....Prénom(s) : .....

Domiciliée à

.....  
 .....

 : .....

M'engageant en qualité de : .....

Parent (degré de parenté à préciser) .....

Représentant légal .....

Autre (à préciser).....

#### DECLARE

1) Reconnaître être informé (e) du prix de journée, s'élevant à ..... € par jour.  
 (Tarif en vigueur à la date de signature de l'engagement)

2) M'engager :


- À assurer mensuellement le règlement des frais à la trésorerie de LEZOUX
- En cas de rejet de la demande d'aide sociale, à régler le montant correspondant à l'insuffisance de ressources de M.....
- En cas d'admission partielle à l'aide sociale, à régler le montant de la contribution fixée par la Commission d'Aide Sociale

3) Avoir pris connaissance que le minimum des ressources prévu par l'article 142-1 du code de la famille et de l'aide sociale, doit être laissé à la disposition de M .....  
 en cas d'admission à l'aide sociale.

Date : .....

Signature (\*)

(\*) Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé, bon pour engagement de .. .....€  
 par jour (en lettres et en chiffres).

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	<i>CONTRAT DE SEJOUR HEBERGEMENT TEMPORAIRE</i>	Version	4
		Date	18.04.2024

### Annexe 3 : Prises de vues

---

L'article 9 du Code Civil garantit le droit au respect de la vie privée de chacun.

Des photographies sont réalisées lors des manifestations festives ou animations diverses.

Ces images peuvent être affichées dans l'établissement dans le cadre de la communication interne et/ ou publiées dans des supports de communications externes à l'établissement.

Tout résident a le droit d'interdire l'affichage ou la diffusion d'une prise de vue le concernant. Pour cela, il doit le préciser lors de la signature de ce présent contrat de séjour.

Dans le cas contraire, l'autorisation de prises de vues est supposée acquise et le résident renonce à toute poursuite judiciaire.

#### PARTIE A REMPLIR

Je soussigné(e),

NOM : .....Prénom(s) : .....

Le cas échéant, le représentant légal : .....


Autorise l'EHPAD Mon Repos à afficher ou diffuser une photographie me représentant.

N'autorise pas l'EHPAD Mon Repos à afficher ou diffuser une photographie me représentant.

Date : .....

Signature (\*)

(\*) Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ».

	<b>FORMULAIRE</b>	Référence	ADM-Form-011_20
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	4
	<i>HEBERGEMENT TEMPORAIRE</i>	Date	18.04.2024

**Annexe 4 : Dispositifs médicaux en location et prestations préexistants au domicile du résident avant son entrée dans l'établissement**

---

Durant toute la durée du séjour dans l'EHPAD Mon Repos, les dispositifs médicaux (fauteuils roulant, médicaments, matériels médical, compléments nutritionnels oraux, etc.) sont pris en charge dans le cadre du forfait soins de l'établissement.

Dès l'entrée en établissement, il revient au résident, sa famille ou son représentant légal d'interrompre le dispositif médical auparavant mis en place au domicile (locations, soins, etc.).

**Je soussigné(e),**

Nom : ..... Prénom : .....

- Résident(e)
- Mandataire
- Représentant légal en qualité de : .....

**Le paiement de matériel médical loué à domicile ne relève pas de l'EHPAD dans lequel le résident est admis que ce soit en hébergement temporaire ou en hébergement permanent.**

Ainsi je déclare, au jour de l'entrée,

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

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

J'ai bien noté que, durant toute la période du séjour, tout achat ou location de dispositifs médicaux réalisé par mes soins relevant de ceux fournis par l'EHPAD Mon Repos, resteront à ma charge.

**Fait à** ..... **le** .....

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

Signature précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :