


E.H.P.A.D. L'AGE D'OR
16, ALLÉE DU CHÂTEAU
43 120 MONISTROL SUR LOIRE

 : 04.71.66.51.20
FAX : 04.71.75.14.30
E-MAIL : direction@ehpad-monistrol.fr

CONTRAT DE SEJOUR

Entre les soussignés :

D'une part,

Josiane BOUCHET, Directeur
de l'E.H.P.A.D. l'Age d'Or - 16, allée du Château -43120 Monistrol sur Loire.

Et d'autre part,

M., Mme, Mlle

Résident (e) de l'établissement à compter du

Représenté (e) par

Ayant qualité de

Il a été convenu ce qui suit :

Il est rappelé qu'aux termes des dispositions de l'article 205 du Code Civil :
« Les enfants doivent aliments à leur père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin ».

L'obligation étant conjointe et solidaire.

Sommaire

1.	Conditions d'admission	2
2.	Description des prestations	4
2.1.	Le logement.....	4
2.2.	La restauration.....	5
2.3.	Le linge.....	5
2.4.	Animation.....	5
2.5.	Autres prestations	6
2.6.	Les soins médicaux et paramédicaux	6
2.7.	L'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie	7
3.	Conditions financières	7
3.1.	Les frais de séjour	7
3.2.	Dépôt de garantie	8
3.3.	Cautions solidaires	8
3.4.	L'Aide Sociale.....	8
3.5.	Fixation des prix de journée	9
3.6.	Les conditions particulières de facturation.....	10
4.	Délai de rétractation, révision et résiliation du contrat	10
4.1.	Délai de rétractation	10
4.2.	La révision.....	10
4.3.	La résiliation à l'initiative du résident ou de son représentant.....	10
4.4.	Résiliation pour inadaptation de l'état de santé du résident.....	10
4.5.	Résiliation pour défaut de paiement.....	11
4.6.	Résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité	11
4.7.	Résiliation par décès.....	11
4.8.	Dispositions applicables à tous les cas de résiliation du contrat	11
5.	Objets de valeur et argent	11
6.	Assurances	12
7.	Annexes.....	12
8.	Durée et modification des termes du contrat	12
9.	Contentieux.....	13
	ANNEXE IV - Déclaration relative aux locations – achats –	18
	prestations paramédicales	18
	ANNEXE V – Liste des principaux intervenants	19
	ANNEXE VI – Etat des lieux	21
	ANNEXE VII- Acte de cautionnement solidaire.....	22
	ANNEXE VIII – Habitudes alimentaires	24
	ANNEXE IX – Effets personnels à fournir lors de l'entrée	25
	ANNEXE X – Autorisation individuelle droit à l'image.....	26
	ANNEXE XI - Désignation d'une personne référente	27
	ANNEXE XII – Demande de prestation pharmaceutique du résident	28
	ANNEXE XIII – Formalités diverses	29

1. Conditions d'admission

L'établissement accueille :

- Des personnes seules ou en couple âgées d'au moins 60 ans,
- Des personnes de moins de 60 ans, uniquement par dérogation et à titre exceptionnel.

L'admission est prononcée par le chef de l'établissement après :

- Avis favorable du médecin coordonnateur et du cadre de santé, votre dernière ordonnance vous sera demandée
- Examen du dossier administratif.

Il sera précisé, au moment de l'admission, le service dans lequel le demandeur est accueilli.

Le dossier administratif se compose des documents suivants que vous devez fournir :

- ✚ La copie du livret de famille et de la carte nationale d'identité.
- ✚ La carte vitale avec l'attestation correspondante et la carte de mutuelle (à remettre à jour),
- ✚ La copie des deux derniers avis d'imposition ou de non-imposition,
- ✚ Pour les étrangers, un justificatif de la durée de résidence en France (copie du titre de séjour).
- ✚ Une photocopie du jugement plaçant la personne sous protection juridique si tel est le cas.
- ✚ Une attestation de responsabilité civile personnelle (attestation à fournir chaque année).
- ✚ Une liste avec les coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence, ainsi que le nom du responsable administratif désigné dans le présent contrat sous le terme de réfèrent famille et le nom de la personne de confiance
- ✚ Le présent contrat signé par les parties concernées.

Les démarches administratives « demande d'aide sociale et d'aide personnalisée à l'autonomie » sont à effectuer par le résident ou son représentant à son admission.

Vous pouvez bénéficier de l'APL (à partir du premier mois complet) versée par la CAF ou par la MSA, cette aide est calculée suivant les ressources personnelles. La demande sera effectuée par l'établissement.

Pour les résidents originaires de la Haute Loire, vous voudrez bien compléter et envoyer le dossier APA au Département même si vous bénéficiez déjà de l'APA à domicile.

Pour les résidents hors Haute Loire :

- Si vous bénéficiez de l'APA à domicile, vous voudrez bien informer le Département de votre entrée à l'EHPAD et nous fournir les références de votre dossier.
- Si vous ne bénéficiez pas de l'APA à domicile, vous devez faire un dossier APA (à retirer auprès du CCAS de la mairie du domicile d'origine ou des services du Département) à envoyer au Département du domicile d'origine.

En cas d'urgence, la seule personne prévenue sera le réfèrent ou s'il n'est pas joignable, la personne suivante selon l'ordre défini lors de l'établissement du dossier administratif du résident. A charge à la personne prévenue d'avertir les autres membres de la famille. En aucun cas, l'établissement ne peut être tenu pour responsable de n'avoir prévenu tous les membres de la famille.

De même, en cas d'absence prolongée du réfèrent (vacances, voyage...), il est indispensable que celui-ci signale quelle est la personne qui assurera provisoirement la représentation du résident.

Si le résident a désigné une personne de confiance, le formulaire de désignation de la personne de confiance est annexé au présent contrat de séjour (annexe II).

La personne de confiance peut assister aux entretiens médicaux afin d'aider la personne hébergée dans ses décisions. Un formulaire explicatif est remis lors de l'admission administrative (annexe I) et donnera lieu à une attestation signée.

Si des directives anticipées ont été rédigées, il appartient au résident de le signaler lors de son entrée dans l'établissement et de les transmettre au médecin traitant ou au médecin coordonnateur.

2. Description des prestations

2.1. Le logement

Le résident bénéficie d'une chambre à l'EHPAD ou à l'Unité Alzheimer selon l'état de santé de la personne.











Si l'évolution de l'état de santé du résident ne permet plus son maintien dans cette chambre, le Directeur de l'établissement ou le cadre de santé proposera, après concertation avec le résident ou son représentant, toute mesure appropriée établie avec l'avis du médecin traitant et celui du médecin coordonnateur. Dans le cas où le résident ou son représentant ne ferait pas connaître son choix par rapport aux propositions faites, le Directeur prendrait les mesures nécessaires.

De même, en ce qui concerne les résidents installés dans l'unité Alzheimer, l'augmentation du degré de dépendance physique déclencherait leur retour vers l'E.H.P.A.D.

Le Directeur de l'établissement est habilité à prendre les initiatives nécessaires sur l'avis du médecin traitant et du médecin coordonnateur. Le résident ou son représentant sera averti des mesures prises par le Directeur de l'établissement dans les plus brefs délais.

Tous les résidents doivent pouvoir jouir paisiblement de leur logement. Pour cela, il faut s'abstenir de tout ce qui peut troubler la tranquillité des voisins.

En conséquent, il est interdit :

-  De jeter quoi que ce soit par les fenêtres,
-  De vider des matières susceptibles d'obstruer les canalisations des éviers, des toilettes,...
-  De fixer des tableaux ou des étagères sur les murs sans l'accord préalable du Directeur,
-  De modifier l'installation électrique,
-  D'installer une antenne ou une parabole extérieure,
-  De laver du linge dans le lavabo des chambres à 2 lits,
-  D'étendre du linge aux fenêtres,
-  D'étendre du linge en intérieur ailleurs que sur du matériel adapté,
-  D'encombrer les salles de bain avec du mobilier,
-  De faire poser des serrures supplémentaires, la Direction et le personnel possèdent un double des clés afin de pouvoir intervenir en cas de force majeure, médicale ou technique. A noter que si un membre de la famille ou de l'entourage a besoin de pénétrer dans la chambre d'un résident alors que ce dernier est absent, il doit obligatoirement être accompagné par un membre du personnel.

- ✚ De posséder un animal de compagnie,
- ✚ De fumer dans les locaux de l'établissement, exception faite dans les chambres individuelles à condition **que ce ne soit pas sur le lit et sous réserve de ne pas mettre l'institution en danger.**

Le résident s'engage à maintenir les locaux en parfait état.

L'établissement assure toutes les tâches de ménage (sauf réfrigérateur individuel) ainsi que les petites réparations réalisables par l'ouvrier d'entretien de la structure (sauf mobilier personnel).

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

L'abonnement, les communications téléphoniques sont à la charge du résident.

Le logement est meublé par l'établissement (lit et table de chevet, table bureau et chaise, fauteuil). Il est néanmoins possible et conseillé de le personnaliser (fauteuil, 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. Le mobilier apporté viendra éventuellement remplacer celui existant.

En cas de besoin de prises supplémentaires, le résident ou sa famille devra fournir une multiprise sécurisée de type parafoudre, les multiprises classiques n'étant plus autorisées par la Commission de Sécurité (annexe III)

La personne qui le désire peut entretenir elle-même son logement avec ou sans l'aide des agents. Il est rappelé qu'il est de la responsabilité de l'établissement de veiller au respect des règles élémentaires d'hygiène dans les chambres des résidents. En conséquence, l'établissement se réserve le droit de vérifier l'état de propreté des logements.

2.2. La restauration

Les petits déjeuners sont pris en chambre.

Les repas (déjeuner, goûter, dîner) sont pris dans la salle à manger 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.

Le résident peut inviter les personnes de son choix au déjeuner et au dîner. Le secrétariat doit être prévenu 72 h avant. Le prix du repas est fixé par le Conseil d'Administration selon les tarifs en vigueur.

2.3. Le linge

L'établissement entretient le linge personnel, à condition que ce dernier soit clairement identifié (étiquette cousue sur chaque vêtement avec le nom et prénom du résident). Le linge de lit est fourni et entretenu par un prestataire externe.

Il reste à la charge du résident le nettoyage du linge très délicat (soie, perles, pure laine,...) ou le nettoyage à sec ainsi que le renouvellement du trousseau et la remise en état du linge (travaux de couture). Les référents des résidents en informeront les familles.

Le nécessaire de toilette (rasoir, brosse à dents, dentifrice, brosse à cheveux, peignes etc.) et son renouvellement sont à la charge du résident. Les familles seront prévenues par les référents soignants en cas de besoin.

2.4. Animation

Une animatrice assure l'organisation et la gestion des activités sous la responsabilité du cadre de santé.

Ces animations ne donnent pas lieu à une facturation. Elles sont proposées aux résidents par voie d'affichage.

Certaines activités sociales telles que spectacles, sorties, vacances... nécessiteront une participation financière des résidents qui souhaitent en bénéficier. Les dates et coûts de ces activités seront affichés dans l'établissement.

Un relais de la médiathèque est mis en place au sein de l'établissement.

L'animatrice propose des sorties « achats » au cours desquelles les résidents pourront acheter ou faire acheter des produits de première nécessité.

L'animatrice propose des soins esthétiques une fois par semaine.

2.5. Autres prestations

Le résident pourra bénéficier des services qu'il aura choisis :

- ✚ Coiffeur : un salon de coiffure est à la disposition des professionnels qui interviennent à la demande du résident ou de sa famille. Le cout de cette prestation est affiché dans l'établissement sur la porte du salon de coiffure.
- ✚ Pédicure, podologue.

Leur coût d'intervention reste à la charge du résident. Les factures correspondantes seront transmises à la famille des résidents qui ne peuvent payer directement.

Les chambres disposent d'une prise téléphonique. La téléphonie est gérée par l'établissement : les appels sont illimités vers les téléphones fixes. Les appels vers les téléphones mobiles sont facturés en sus. Pas de possibilité d'appeler l'étranger ni les numéros spéciaux à 4 chiffres.

2.6. Les soins médicaux et paramédicaux

La surveillance médicale est assurée par le médecin libéral choisi par le résident lors de son admission, à condition que celui-ci puisse assurer les visites de façon régulière.

L'établissement assure une permanence 24h/24h : appel malade, veille de nuit, mais il ne peut y avoir une présence constante du personnel dans le logement du résident.

L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur chargé notamment :

- Du projet de soins, de sa coordination avec les prestataires de santé externes qui interviennent auprès des personnes hébergées par l'établissement
- De l'organisation de la permanence des soins
- Des admissions : il donne son avis sur la possibilité d'admettre un nouveau résident en tenant compte des possibilités offertes par l'établissement
- Du dossier médical
- De garantir la meilleure qualité possible de prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Avec l'équipe soignante, il définit les priorités de soins. Il facilite la coordination avec l'ensemble des prestataires de soins externes à l'institution. Il contribue à la bonne organisation des soins, et veille à l'élaboration du dossier médical en lien avec les médecins traitants. Il participe à l'élaboration du projet de soins personnalisés.
- « De réaliser des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement.
- D'intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou télé-prescription. Les médecins traitants des résidents

concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées. » Art 13 du décret 2019-714 du 15/07/2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en EHPAD.

Dans le cadre de ses fonctions, le médecin coordonnateur, aura accès au dossier médical du résident.

Le cadre de santé s'assure du bon suivi des prescriptions médicales dans le respect des soins.

Les interventions des médecins traitants et spécialistes, les transports sanitaires, les soins de prothèses, les frais d'hospitalisation ainsi que les médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale et les analyses sont à la charge du résident.

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

Lors de l'entrée, il est demandé au résident de mettre fin aux locations de matériels dont il bénéficiait à son domicile (Annexe IV – Déclaration relative aux locations)

Les interventions du médecin coordonnateur, de la psychologue, de la diététicienne, des infirmiers, des aides-soignantes sont prises en charge par l'établissement ainsi que le petit matériel médical¹.

Sur prescription médicale, les prestations suivantes sont assurées sur place : pédicurie, kinésithérapie...

Le respect du libre choix des professionnels libéraux par le patient/résident est un principe majeur. Il appartient donc au résident de choisir librement les intervenants qui lui conviennent.

A titre indicatif et de manière non exhaustive, ni limitative, voici la liste des différentes catégories de professionnels intervenant sur l'EHPAD (Annexe V)

2.7. L'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie

L'établissement s'inscrit dans une démarche de prévention, de restauration et de maintien de l'autonomie qui sera négociée avec le résident et sa famille au travers de l'élaboration d'un projet individualisé de prise en charge.

La stimulation, l'aide ou la substitution interviennent lors de l'alimentation, de la toilette, de l'habillement, des déplacements, des activités thérapeutiques ou ludiques. La stimulation de la continence et la prévention des escarres seront effectuées chaque fois qu'elles seront nécessaires.

Les protections en cas d'incontinence sont prises en charge par l'établissement selon les préconisations établies par les référents incontinence.

3. Conditions financières

3.1. Les frais de séjour

Le coût du séjour est financé par le tarif hébergement, le tarif dépendance et le forfait soins. Le tarif journalier payé par la personne hébergée, sa famille, ou par l'aide sociale départementale recouvre deux montants : le tarif hébergement et le ticket modérateur dépendance. La facturation du tarif journalier

¹ *Le petit matériel médical consiste notamment en bandes, arceau pour lit, compléments nutritionnels, pansements, seringues et aiguilles à l'usage des professionnels de santé rémunérés par l'établissement, seringues, sparadrap.*

démarré à compter de l'entrée dans l'établissement, c'est-à-dire le jour où le bénéficiaire des prestations commence.

Un tarif dit de réservation sera facturé dès le jour de réservation de la chambre et donc avant l'entrée de la personne hébergée dans l'établissement.

Les frais de séjours sont à payer mensuellement selon les modalités du terme à échoir : facturation faite début de mois du mois pour un paiement au plus tard le 20 du mois, auprès du Trésor Public de Monistrol sur Loire. Les éventuelles régularisations seront effectuées le mois suivant.

Il est possible et conseillé d'opter pour le prélèvement automatique des frais de séjour. (Prélèvement le 20 du mois).

3.2. Dépôt de garantie

Une caution sera demandée lors de l'entrée dans l'établissement. Ce dépôt de garantie est égal à 1500€. La caution sera restituée à la personne hébergée ou à son représentant légal dans les 30 jours qui suivent sa sortie de l'établissement, déduction faite de l'éventuelle créance de ce dernier. Un état des lieux sera réalisé à l'entrée et à la sortie et signé par chacune des parties et annexé au présent contrat de séjour (annexe VI). Un rendez-vous sera pris sur les jours ouvrés avec l'agent de maintenance.

Le dépôt de garantie ne concerne pas les personnes déjà admises à l'Aide Sociale.

3.3. Caution solidaire

« Se porter caution solidaire, c'est prendre l'engagement juridique de régler ce que le résident doit : peu importe qu'il ne puisse pas ou ne veuille pas payer. »

En référence au code civil article 20.11 à 20.43, l'acte de caution solidaire par lequel les obligés alimentaires légaux s'engagent, est annexé au présent contrat de séjour (annexe VII)

3.4. L'Aide Sociale

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Par conséquent, les décisions tarifaires et budgétaires annuelles des autorités de tarifications s'imposent à l'établissement comme à chacun des résidents qu'il héberge.

Dans l'attente de la décision des services de l'Aide Sociale, le résident ou son représentant légal s'engage à verser une provision équivalente à 90 % de ses ressources (ou la part des ressources qui excède le minimum légal) selon une périodicité mensuelle.

En cas d'admission à l'aide sociale, les pensions de retraite sont versées directement au Trésor Public.

Le Trésor Public restituera alors au résident 10 % de ses revenus (ou une somme minimale mensuelle correspondante à 1/100^{ème} du montant annuel des prestations minimales de vieillesse).

Il appartient au Résident ou à son représentant de veiller au renouvellement de la demande d'aide sociale au plus tard deux mois avant la date d'expiration de la prise en charge initiale.

Toute évolution législative ou réglementaire concernant l'habilitation à l'aide sociale rend caduque le présent contrat et conduit à la conclusion d'un nouveau contrat de séjour.

En cas de refus d'admission à l'aide sociale, le résident sera considéré comme payant à compter de sa date d'entrée. Le cas échéant, la participation des obligés alimentaires sera sollicitée conformément à l'Article 205 du Code Civil.

Le tarif hébergement

Les frais d'hébergement recouvrent l'ensemble des prestations suivantes : administration générale, accueil hôtelier, restauration, entretien, activités de vie sociale de l'établissement ...

Les tarifs « hébergement » au 1er janvier 2021 sont les suivants :

- Chambre à 1 lit : 62.02€
- Chambre à 2 lits : 57.33 €
- Résident de moins de 60 ans : 72.02 €

Ces frais d'hébergement, ré-évaluables tous les ans par le Conseil Départemental, peuvent être atténués par l'attribution de l'allocation logement. Un dossier est constitué lors de l'admission.

En cas de réservation préalable de la chambre, il est appliqué un tarif « réservation ».

Ce tarif s'élève à :

- 32,04 € par jour pour une chambre à 2 lits
- 36,73 € par jour pour une chambre à 1 lit.

Le tarif dépendance

En fonction de la dépendance du résident (évaluation aggir) et du niveau de ses ressources le résident peut bénéficier de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) versée par le Conseil Départemental du domicile de secours du résident.

Cette allocation permet de couvrir en partie le coût du tarif dépendance arrêté et facturé en plus du tarif hébergement.

3.5. Fixation des prix de journée

Les tarifs journaliers hébergement et dépendance sont fixés annuellement par Arrêté du Président du Conseil Départemental de la Haute-Loire sur proposition du Conseil d'administration de l'établissement.

Par Arrêté n°2020/DIVIS/PAFE/150 du 01 janvier 2021, les prix de journée de l'Etablissement s'élèvent à :

* Hébergement des – 60 ans : **72,02 € par jour.**

* Hébergement des + 60 ans, chambre à 2 lits :

- **Gir 1-2** : 52,04 € + Dépendance : 19,64 € - Apa : 14,35 € = **57,33 € par jour.**

- **Gir 3-4** : 52,04 € + Dépendance : 12,46 € - Apa : 7,17 € = **57,33 € par jour.**

- **Gir 5-6** : 52,04 € + Dépendance : 5,29 € = **57,33 € par jour.**

* Hébergement des + 60 ans, chambre à 1 lit :

- **Gir 1-2** : 56,73 € + Dépendance : 19,64 € - Apa : 14,35 € = **62,02 € par jour.**

- **Gir 3-4** : 56,73 € + Dépendance : 12,46 € - Apa : 7,17 € = **62,02 € par jour.**

- **Gir 5-6** : 56,73 € + Dépendance : 5,29 € = **62,02 € par jour.**

3.6. Les conditions particulières de facturation

Absences pour convenances personnelles ou hospitalisation

En cas d'absence pour convenances personnelles, le résident ou son représentant en informera l'établissement 72 heures à l'avance et sera redevable du tarif hébergement.

En cas d'absence pour convenances personnelles supérieure à 72 heures, la personne hébergée est redevable du tarif hébergement minoré du forfait fixé par le règlement départemental d'aide sociale (soit 20 € au 01/01/19).

Ce tarif est applicable dans la limite de 5 semaines par an soit 35 jours. Passé ce délai, le tarif journalier est facturé en totalité.

En cas d'hospitalisation, la chambre est conservée.

A partir de 72 heures d'hospitalisation le tarif hébergement est minoré du forfait hospitalier journalier. Le tarif dépendance n'est plus facturé à compter du 1er jour d'hospitalisation.

L'absence de paiement

En cas de difficultés concernant le paiement des frais de séjour, il appartient au résident ou à son représentant d'en informer la Direction de l'établissement ainsi que la trésorerie pour un échelonnement éventuel.

En l'absence de solutions pouvant être mises en œuvre, l'établissement pourra saisir le Juge des Affaires Familiales afin que soit fixé le montant à la charge des obligés alimentaires.

4. Délai de rétractation, révision et résiliation du contrat

4.1. Délai de rétractation

Conformément à l'article L311-4-1 du CASF, la personne hébergée ou le cas échéant son représentant légal peut exercer son droit de rétractation dans les 15 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 du séjour effectif.

4.2. La révision

Toute actualisation du contrat de séjour, approuvé par le Conseil d'Administration, après avis du Conseil de la Vie Sociale, fera l'objet d'un avenant.

4.3. La résiliation à l'initiative du résident ou de son représentant

Le résident qui désire quitter définitivement l'établissement doit en informer le service administratif en respectant un délai d'au moins quinze jours avant la date prévue du départ. L'établissement confirmera la date d'effet du départ par courrier. Le logement doit être libéré à la date prévue sinon les frais d'hébergement et de dépendance continueront à courir.

4.4. Résiliation pour inadaptation de l'état de santé du résident

En l'absence de caractère d'urgence : si l'état de santé du résident ne permet plus son maintien dans l'établissement, le Directeur, après concertation avec le médecin traitant, le cadre de santé et le médecin coordonnateur, prendra toute mesure appropriée en concertation avec les parties concernées.

En cas d'urgence : le Directeur prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant et du médecin coordonnateur. Si passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, la personne hébergée et /ou son représentant légal sont informés par la direction dans les plus brefs délais de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception.

La chambre est libérée dans un délai de 30 jours à compter de la notification.

4.5. Résiliation pour défaut de paiement

Le paiement du tarif journalier est une obligation incombant à la personne hébergée au titre du contrat de séjour. Le défaut de paiement relève donc d'une inexécution du contrat de séjour et un motif de résiliation de ce dernier.

Tout retard de paiement supérieur ou égal 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 personne de son choix.

Une mise en demeure de payer sera notifiée au résident et/ou à son représentant légal, en lettre recommandée avec accusé de réception, par la trésorerie

La régularisation doit intervenir dans un délai de 30 jours à compter de la notification du retard. A défaut, le contrat de séjour est résilié par lettre recommandée avec accusé de réception. La chambre doit être libérée dans un délai de 30 jours à compter de la résiliation du contrat de séjour.

4.6. Résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité

Les faits seront établis lors d'une rencontre entre le directeur et le pensionnaire ou son représentant et seront notifiés par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le comportement ne se modifie pas, le Conseil de la vie Sociale pourra auditionner la personne concernée, sa famille et le médecin de son choix, afin de donner son avis. La décision définitive sera notifiée au résident ou à son représentant par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de renvoi, le résident disposera d'un délai d'un mois pour libérer la chambre.

4.7. Résiliation par décès

Le contrat est résilié de fait le lendemain de la date du décès.

Le logement doit être libéré dans un délai de 3 jours à compter de la date du décès.

Passé le délai de 3 jours, les biens seront entreposés et conservés à la disposition des héritiers pendant une durée de 6 mois.

4.8. Dispositions applicables à tous les cas de résiliation du contrat

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

- ✚ de restituer les clés du logement de l'établissement,
- ✚ de résilier les éventuels abonnements souscrits (téléphones, ...),
- ✚ d'assurer le changement d'adresse auprès des services postaux,
- ✚ de solder les frais de séjour en cours,
- ✚ de clôturer ou de modifier les dossiers de pensions et d'allocations diverses octroyées.

5. Objets de valeur et argent

Il est recommandé aux résidents de ne pas conserver des sommes d'argent, ni des objets de valeur dans leur chambre. Conformément à la réglementation en vigueur, ils ont la possibilité de les déposer à la Trésorerie de Monistrol sur Loire où ils seront tenus à leur disposition.

L'Etablissement décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

6. Assurances

L'établissement est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et réglementations en vigueur. Ces assurances n'exonèrent pas la personne hébergée des dommages dont elle pourrait être la cause. Elle a donc été informée de l'obligation de souscrire à ses frais d'une assurance responsabilité civile individuelle et à proposer une police d'assurance qui sera consignée dans le dossier administratif et renouvelée chaque année.

Les meubles et objets personnels ne sont pas couverts par le contrat collectif. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des objets volés, détruits ou perdus.

La personne hébergée certifie être informée de la recommandation qui lui a été faite de souscrire une assurance de ses biens et objets personnels contre le vol.

7. Annexes

Sont annexés au présent contrat :

- Attestation relative à l'information sur la personne de confiance
- Le document de désignation de la personne de confiance
- L'utilisation de multiprises sécurisées
- Déclarations relative aux locations, achats, prestations paramédicales
- Le choix des professionnels (médecin traitant, ambulancier...)
- Etat des lieux
- Acte de cautionnement solidaire
- Le recueil des habitudes alimentaires
- Liste des effets personnels à fournir
- L'autorisation individuelle pour le droit à l'image
- Le document de désignation de la personne référente
- Le document concernant les prestations pharmaceutiques
- Le document concernant les formalités diverses

Sont remis avec le présent contrat :

- Le règlement de fonctionnement de l'établissement, pour ce qui concerne les dispositions relatives aux résidents et aux visiteurs.
- Le livret d'accueil de l'établissement
- Les renseignements concernant le club d'animation
- Demande APA pour les résidents originaires de Haute-Loire
- La demande ouverture ligne téléphonique
- Mandat de prélèvement pour les frais de séjour et le téléphone
- Autorisation de fermeture de la porte de la chambre des résidents (pour l'unité Alzheimer)

8. Durée et modification des termes du contrat

Le présent contrat est conclu à compter du

Des avenants seront conclus par les parties contractantes afin de prendre en compte les ajustements qui s'avèreraient nécessaires, compte tenu d'aléas pouvant survenir au titre du fonctionnement de l'établissement, au titre de nouvelles exigences réglementaires en application de l'article 2.1 ou sur demande particulière du résident.


9. Contentieux

Le présent contrat peut être déféré devant le Tribunal Administratif de Clermont Ferrand, dans ce délai de 2 mois à compter de la date de notification à l'intéressé.

Le résident ou son représentant
Lu, et approuvé

Fait à Monistrol sur Loire
Le

Le Directeur,
Josiane BOUCHET



ANNEXE 1 - Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du [code de la santé publique](#)

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple, en cas d'hospitalisation), la personne de confiance mentionnée à l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#) peut exercer les missions suivantes.

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement.

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé;
- assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
- prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence ; elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale.

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche serait consulté.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches ...).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient. La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas de une contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera. Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

NB : Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'autorisation de votre personne de confiance sera en revanche requise.

ANNEXE 3 – Attestation, à conserver par l'établissement, relative à l'information sur la personne de confiance

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Fonction(s) : _____

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 cet article à :

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____

Attestation signée à _____, le _____

POUR INFORMATION : DOCUMENT REMPLI
PAR LE MEDECIN COORDONNATEUR

**Signature du Directeur
ou de son représentant**

Cosignature de la personne accueillie

ANNEXE 2 - Formulaire de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du [code de l'action sociale et des familles](#)

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Désigne

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe professionnel / portable : _____

E-mail : _____

comme personne de confiance en application de l'article [L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles](#).

Fait à _____, le _____

Signature

Cosignature de la personne de confiance

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#), selon les modalités précisées par le même code : oui non

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'[article L. 1111-11 du code de la santé publique](#), si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à _____, le _____

Signature

Cosignature de la personne de confiance

La Commission de Sécurité Incendie est une instance extérieure qui vérifie la conformité de l'établissement à la réglementation en vigueur en matière de sécurité incendie. Elle délivre ainsi une autorisation d'exercice à l'établissement.

La dernière Commission a donc rendu un avis favorable mais elle l'a assorti d'une prescription concernant les multiprises présentes sur l'établissement et notamment dans les chambres des résidents. Ainsi il est exigé que les multiprises classiques blanches soient retirées.



Les multiprises désormais demandées doivent être parafoudre et munis d'un disjoncteur afin d'offrir un niveau de sécurité maximale. Ce type de multiprises peut être trouvé en magasin de bricolage pour un prix d'une quinzaine d'euros.

L'établissement prendra à sa charge l'équipement de prises supplémentaires sur les têtes de lits pour accueillir le matériel médical (lit médicalisé, matelas à air...).

ANNEXE IV - Déclaration relative aux locations – achats – prestations paramédicales

Je soussigné(e) :

Nom et prénom :

Résident(e)

Mandataire

Représentant légal en qualité de

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.

Je suis informé(e) que l'EHPAD de Monistrol sur Loire, bénéficiaire d'une dotation partielle 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.

Dans ce cadre, je m'engage durant toute la période du séjour, à ne pas réaliser d'achat ou de location de dispositifs médicaux relevant de ceux fournis par l'EHPAD et à ne pas faire appel à des professionnels paramédicaux (aides-soignants ou infirmiers), extérieurs à la structure.

Fait àle.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

ANNEXE V – Liste des principaux intervenants

MEDECINS *noté uniquement ceux établis sur Monistrol*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dr BRUEL Sébastien | <input type="checkbox"/> Dr DEFOUR Alain |
| <input type="checkbox"/> Dr CHARRAT Claire | <input type="checkbox"/> Dr GONZALEZ Antonio |
| <input type="checkbox"/> Dr CHOLLET Patrick | <input type="checkbox"/> Dr PEYRARD Julien |
| <input type="checkbox"/> Dr DANCE Nicolas | <input type="checkbox"/> Dr VAN AUDENHEAGE Marc |
| <input type="checkbox"/> Dr DABRIGEON Christine | |

AMBULANCES

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulances Blachon Valon | <input type="checkbox"/> Ambulances Preynet |
| <input type="checkbox"/> Ambulances Carrot SJ2M | <input type="checkbox"/> Ambulance Retournacoise |
| <input type="checkbox"/> Ambulances Masson | <input type="checkbox"/> Ambulance Vieira |
| <input type="checkbox"/> Ambulances Sigolénoises | <input type="checkbox"/> Taxi Raphael |
| <input type="checkbox"/> Ambulances Charras | |

KINESITHERAPEUTES

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> BOZICEK Olivier | <input type="checkbox"/> GRANGE Claudine |
| <input type="checkbox"/> BOUHET Marielle | <input type="checkbox"/> CROZE Henri |
| <input type="checkbox"/> CAILLET Fabienne | <input type="checkbox"/> LERESCHE Elodie |

PEDICURES

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CAILLAUD Pauline | <input type="checkbox"/> MORIN Yvan |
|---|-------------------------------------|

Je soussigné(e).....

Référent de

Opte pour les informations suivantes :

Médecin :

Ambulance :

Kinésithérapeute :

Pédicure :

En cas d'hospitalisation, quel hôpital choisissez-vous (dans la limite des possibilités des hôpitaux ou de l'urgence) :

ANNEXE VI – Etat des lieux

NOM PRENOM RESIDENT :

N° CHAMBRE :

CHAMBRE	Refait à neuf	Correct	Défraichi	Abimé	Observations
MURS					
PLAFOND					
SOL					
ENCADREMENTS PORTES					
PORTES					
SALLE DE BAIN	Refait à neuf	Correct	Défraichi	Abimé	Observations
MURS					
PLAFOND					
SOL					
LAVABO					
ROBINETTERIE					
WC ET ABATTANT					
MIROIR					
EQUIPEMENT	Refait à neuf	Correct	Défraichi	Abimé	Observations
VITRAGES					
ECLAIRAGE					
VOLETS					
FENETRES					
RIDEAUX					
MOBILIER	Refait à neuf	Correct	Défraichi	Abimé	Observations
LIT MEDICALISE					
MEUBLE DE CHEVET					
TABLE BUREAU					
CHAISE					
FAUTEUIL					
PORTE PLACARD					

Date d'entrée :

ETAT DES LIEUX
«Entrée / Sortie »
(à préciser)

Fait le :

/ /

Signature du
résident :

Signature de l'agent
d'entretien,
Jonathan MACIEL :

ANNEXE VII- Acte de cautionnement solidaire

(articles 2088 à 2316 du Code Civil)

Etablissement

E.H.P.A.D. L'Age d'Or – Monistrol sur Loire

Caution signataire du présent engagement

NOM et Prénom :

Domicile :

Date et signature du contrat de séjour :

A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de :

Somme en toutes lettres :

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Général

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

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

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

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du Contrat de séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main la mention ci-après :

"Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion ni de division pour les obligations nées au cours de l'exécution du Contrat de séjour et résultant de ce Contrat de séjour et du règlement de fonctionnement :

- pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil général et révisables unilatéralement sous

réserve qu'après en avoir été informé, je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois,

- pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR de la personne âgée

- pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles.

Mention manuscrite de la caution :

Fait à

le,

LA CAUTION

Le Représentant de l'établissement

Signature précédée de la mention manuscrite

Signature précédée de la mention manuscrite

"lu et approuvé pour caution solidaire"

" lu et approuvé, bon pour acceptation"

ANNEXE VIII – Habitudes alimentaires

NOM
PRENOM
CHAMBRE
DATE DE NAISSANCE

TEXTURE REPAS	PETIT DEJEUNER	
HACHE	CAFE	
MIXE	THE	
NORMAL	LAIT	
PREFERENCES	CHOCOLAT	
GOUTS	SUCRE	
	SANS SUCRE	
	SUCRETTE	
DEGOUTS	BLÉDINE	
	PAIN	
ALLERGIES	BISCOTTES	
	CROISSANT	
REGIME	BEURRE	
	MIEL	
AUTRES	CONFITURE	
	YAOURT	

OBSERVATIONS

ANNEXE IX – Effets personnels à fournir lors de l’entrée

NOM ET PRENOM DU RESIDENT :

NECESSAIRE DE TOILETTE

5 gants	
5 serviettes	
1 peignoir ou un drap de bain	
2 savons (de préférence liquide et surgras)	
1 brosse à dents souple + 1 spéciale dentier le cas échéant + dentifrice + gobelet	
2 boites de pastilles nettoyantes avec boite si prothèse dentaire	
1 peigne ou brosse à cheveux	
1 rasoir électrique ou main + mousse à raser	
1 trousse de toilette	

VETEMENTS ce trousseau constitue un minimum qui pourra être augmenté en fonction des changes effectués et de l'état du linge, en concertation avec la famille et le référent

1 robe de chambre	
8 chemises de nuit ou pyjamas 4 d'été et 4 d'hiver	
8 maillots de corps	
10 culottes ou slips	
5 paires de bas, collants ou chaussettes	
3 soutiens gorges	
5 robes d'hiver ou pantalons (pour femmes)	
5 robes d'été (pour femmes)	
5 chemisiers (pour femmes)	
5 chemises (pour hommes)	
5 pantalons (pour hommes)	
4 pulls ou vestes	
2 blousons ou manteaux 1 d'été 1 d'hiver	

CHAUSSURES

2 paires de pantoufles	
2 paires de chaussures (sorties) 1 d'été 1 d'hiver	

DIVERS

1 valise ou 1 sac	
1 bonnet	
1 paire de gants	
1 écharpe	
1 réveil ou 1 pendule	
Mouchoirs	
Serviettes de table	
1 vase	

Tous les vêtements doivent être marqués au nom et prénom du résident, par des étiquettes tissées qui seront cousues. Cette procédure doit être appliquée à tout nouveau vêtement apporté.

Pour faciliter l'adaptation de votre parent dans l'établissement, vous pouvez personnaliser la chambre : photos, cadres, album de photos.....

Signature de la famille :

ANNEXE X – Autorisation individuelle droit à l'image

Je soussigné (e) :

Nom :

Prénom :

Résident de l'EHPAD l'Age d'Or 16, allée du Château 43120 – MONISTROL SUR LOIRE

Autorise :

L'EHPAD à faire réaliser, par le professionnel de son choix et en autant d'exemplaires qu'il le souhaite, des photographies de ma personne.

- Je déclare être informé(e) que les photographies sur lesquelles je figure sont destinées à la réalisation de documents édités par l'EHPAD et sont donc susceptibles d'être reproduites en nombre sur différents supports.
- J'autorise l'EHPAD à représenter et à reproduire mon image sans limitation de durée hors celle prévue en cas de demande de retrait (voir dernier paragraphe), dans les supports suivants :
 - Utilisation sur tout support papier ;
 - Utilisation sur tout support numérique
 - Utilisation sur tout support vidéo
 - Utilisation sur tout support presse
- Je renonce irrévocablement et inconditionnellement à toute rémunération du fait de l'utilisation ou de la reproduction, dans les conditions susmentionnées, de mon image ainsi qu'à toute réclamation ou à tout recours.

L'EHPAD s'engage à respecter les consignes suivantes :

- Utilisation des visuels sans dévaloriser l'image, ni en détourner le sens.
- Utilisation de l'image dans un cadre non commercial
- Retrait dans les meilleurs délais de l'image utilisée en cas de demande.

J'ai bien noté que je pourrai retirer à tout moment la présente autorisation, et ce, sans avoir à me justifier.

Fait à

Le

Signature du résident ou du tuteur (nom – prénom)

ANNEXE XI - Désignation d'une personne référente

(en l'absence de tuteur ou curateur)

POUR LE RESIDENT

NOM	
PRENOM	
NE(E) LE	

Après conseil de famille, en date du

LA PERSONNE DI-DESOUS A ETE DESIGNEE COMME ETANT MON REFERENT

NOM	
PRENOM	
ADRESSE	
NE(E) LE	

Le référent représente le reste de la famille du résident auprès de l'institution. Il se charge d'aider le résident au mieux des intérêts de ce dernier.

Ce référent fera le lien entre l'EHPAD et les autres membres de la famille. C'est lui qui recevra les différentes factures et courriers concernant le résident.

NOM ET SIGNATURE DES MEMBRES DU CONSEIL DE FAMILLE :

NOM et PRENOM	SIGNATURE	NOM et PRENOM	SIGNATURE

ANNEXE XII – Demande de prestation pharmaceutique du résident

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

- ❖ Déclare avoir été informé de l'engagement de l'établissement dans une démarche conventionnelle de qualité et de traçabilité totale du circuit du médicament selon le standard avancé de MEDISSIMO ;
- ❖ Demande la dispensation de mes médicaments et produits de santé par l'un des pharmaciens d'officine (Pharmacie DANTHONY ROUX à Monistrol sur Loire ou Pharmacie ROCHE à Monistrol sur Loire) engagé par convention à ces objectifs de qualité, de sécurité, et de traçabilité totale de sa prestation ;
- ❖ Demande la dispensation, la préparation et la gestion nominative sous traçabilité totale de mes médicaments à préparer par et au sein des officines engagées ;
- ❖ Demande la préparation de mes médicaments en pilulier nominatif tracé à usage unique afin d'en faciliter l'administration ;
- ❖ 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 de MEDISSIMO.

Le résident ou son représentant demandant ce service gracieux au sein de notre établissement ne renonce pas à son droit fondamental et permanent au libre choix de son pharmacien dispensateur.

Fait àle.....

Signature

ANNEXE XIII – Formalités diverses

CULTE RELIGIEUX

Souhaitez-vous assister à l'office religieux qui a lieu chaque vendredi dans l'établissement ? (culte catholique)

OUI

NON

Souhaitez-vous assister au chapelet le mercredi ?

OUI

NON

Souhaitez-vous si nécessaire recevoir les derniers sacrements ?

OUI

NON

FORMALITES EN CAS D'HOSPITALISATION

Souhaitez-vous que votre famille soit prévenue :

tout de suite même la nuit

uniquement le jour

FORMALITES EN CAS DE DECES

Souhaitez-vous que votre famille soit prévenue :

tout de suite même la nuit

uniquement le jour

Avez-vous un contrat obsèques :

OUI (fournir une copie du contrat)

NON

Société de pompe-funèbres à prévenir :

Nom, adresse et téléphone :

VOLONTE DU RESIDENT CONCERNANT LES BIJOUX ET OBJETS DE VALEUR

je désire conserver mes bijoux après mon décès

je désire remettre mes bijoux à : nom et adresse fournir le détail

mes souhaits :

Date et signature du résident ou de son représentant légal :