

E.H.P.A.D

LES RESIDENCES CAMILLE CORNIER

CONTRAT DE SEJOUR

ENTRE L'ETABLISSEMENT

ET LE RESIDENT



40 allée Hugon

01250 CEYZERIAT

04.74.25.04.90

www.ehpad-ceyzeriat.fr

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
PREAMBULE	2
LES SIGNATAIRES DU CONTRAT	3
DUREE DU CONTRAT DE SEJOUR	4
CONDITIONS D'ADMISSION	4
COUT DU SEJOUR	5
PRESTATIONS	6
LOCAUX A DISPOSITION	6
OBJETS PERSONNELS	6
CHANGEMENT DE CHAMBRE	7
SUIVI MEDICAL	7
SOINS D'HYGIENE ET DE CONFORT	7
PRESTATIONS EXTERIEURES	8
GESTION DU LINGE	8
ANIMAUX DOMESTIQUES	8
RESTAURATION	8
RESERVATION D'UNE SALLE	9
CHOIX DES PRESTATAIRES	9
ABSENCES, CONGES, HOSPITALISATIONS	9
LE DEPOT DE GARANTIE ET L'ACTE DE CAUTIONNEMENT	9
LE DEPOT DE GARANTIE	9
L'ACTE DE CAUTIONNEMENT	9
RESILIATION DU CONTRAT	10
EN CAS DE DEMANDE DU RESIDENT	10
EN CAS DE DEGRADATION DE L'ETAT DE SANTE	10
EN CAS D'INCOMPATIBILITE DE LA VIE EN COLLECTIVITE	10
EN CAS DE DEFAUT DE PAIEMENT	10
EN CAS DE DECES	10
RESPONSABILITES	11
DU RESIDENT	11
DE L'ETABLISSEMENT	11
RESPECT DES VOLONTES	11
DECES	11
ANNEXES	13

PREAMBULE

Les établissements autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des établissements médico-sociaux qui relèvent de la loi **2002-02 du 2 janvier 2002**. Ils sont soumis aux dispositions du code de l'action sociale et des familles (CASF) tant pour leur gestion administrative que pour la prise en soins des personnes accueillies.

L'article L.311-7 du CASF soumet les EHPAD à l'élaboration d'un règlement de fonctionnement.

Lors de la conclusion du contrat de séjour, dans un entretien hors de la présence de toute autre personne, sauf si la personne accueillie choisit de se faire accompagner par la personne de confiance désignée, le directeur de l'établissement ou toute autre personne désignée par lui recherche le consentement de la personne à être accueillie.

Le présent document, adopté par le conseil d'Administration de l'Association « Les Résidences Camille Cornier » le 22 octobre 2019, après consultation du Conseil de Vie Sociale du 7 octobre 2019, a pour but de fixer les conditions pour une vie personnelle, collective et harmonieuse au sein de l'établissement.

Le contrat de séjour remis au résident précise de manière exhaustive les obligations réciproques et personnalisées que prennent l'établissement et la personne accueillie. Il énumère les prestations convenues. Il fixe les tarifs et leurs modalités d'évolution.

Date d'élaboration du contrat de séjour :	1^{er} octobre 1993
Date de dernière mise à jour :	25 mars 2025

LES SIGNATAIRES DU CONTRAT

Le présent contrat est conclu entre :

D'UNE PART :

L'association « Les Résidences Camille Cornier »

Située au : **40 allée Hugon, 01250 CEYZERIAT**

Représentée par : **Madame Cristina BOUILLET, Directrice**

Représentant le Conseil d'Administration des Résidences Camille Cornier

Dénommé ci-après « l'établissement »,

ET D'AUTRE PART :

M. – Mme _____

Né(e) le : _____ à : _____

Demeurant : _____

Dénommé « le résident »,

LE CAS ECHEANT, REPRESENTÉ PAR :

M. – Mme _____

Né(e) le : _____ à : _____

Demeurant : _____

Lien de parenté : _____

Personne de confiance : _____

Personne qualifiée : _____

(Préciser Tuteur, Curateur, Mandataire judiciaire à la protection des majeurs)

Dénommée ci-après « le représentant légal »

Le cas échéant, en vertu d'une décision de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice ou d'habilitation familiale prise par le Tribunal d'Instance de _____, en date du _____ (joindre copie du jugement), ou d'un mandat de protection future dûment paraphé par le Tribunal de Grande Instance de _____

DUREE DU CONTRAT DE SEJOUR

Le présent contrat de séjour est consenti et accepté pour une **durée indéterminée**. Les modalités contenues dans ce contrat s'appliquent à compter de la date de signature par les deux parties.

CONDITIONS D'ADMISSION

L'EHPAD reçoit des personnes seules des deux sexes ou des ménages âgés d'au moins 60 ans.

Des personnes de moins de 60 ans peuvent également y être admises en cas d'inaptitude au travail médicalement constatée, et détentrice d'une orientation COTOREP (dérogation). L'EHPAD de Ceyzériat ne dispose que de places d'hébergement permanent.

L'admission est prononcée par la direction après consultation et avis de la commission d'entrée.

Afin de finaliser le dossier d'admission, il est demandé au futur résident de fournir :

- Un **dossier administratif** comprenant :
 - o Une copie du livret de famille et une carte d'identité
 - o Une attestation de droits de sécurité sociale et la carte de mutuelle
 - o La carte vitale
 - o La justification des ressources avec l'avis d'imposition
 - o Un relevé d'identité bancaire
 - o Une attestation de responsabilité civile
 - o Les coordonnées du référent familial
 - o La liste des personnes à prévenir en cas d'urgence
 - o Une facture si le résident amène un objet de valeur
 - o Les bénéficiaires de l'aide sociale doivent fournir soit une admission d'urgence délivrée par le maire du lieu de résidence, soit une décision d'admission de la commission d'aide sociale.
 - o Les annexes ci-jointes :
 - Le consentement à l'entrée en EHPAD
 - L'acte de cautionnement solidaire
 - La réservation de la chambre
 - Le droit à l'image
 - La désignation de la personne de confiance
 - Les directives anticipées
 - Les instructions en cas de décès

Nous encourageons vivement nos futurs résidents à souscrire un contrat obsèques.

Le cas échéant : le dossier d'admission à l'aide sociale est à constituer avant la date d'entrée à la mairie du lieu du domicile si les revenus du futur résident ne permettent pas de couvrir les frais d'établissement.

- Un **dossier médical** comprenant :

- Un certificat médical établi par le médecin traitant et constatant l'état de santé du futur résident
- La fiche médicale de liaison d'établissement d'origine
- Les antécédents médicaux
- Les allergies et contre-indications médicamenteuses et alimentaires
- Les traitements et prescriptions en cours
- L'état de dépendance (GIR)
- Les observations et prescriptions liées au suivi médical

Afin de respecter rigoureusement la confidentialité des informations médicales, celles-ci sont adressées à l'établissement sous pli cacheté.

Une rencontre de préadmission est organisée avec l'accueil secrétariat pour les formalités administratives et l'équipe paramédicale pour une meilleure connaissance de l'histoire de vie, des antécédents, du futur pensionnaire.

COUT DU SEJOUR

Les prix de journée « hébergement et dépendance » sont fixés annuellement par arrêté du Président du Conseil Général sur proposition du Conseil d'Administration, dans le respect des dispositions légales. Le coût du séjour correspond à l'ensemble des prestations dont bénéficie la personne accueillie.

Des précisions sur l'évolution du prix de journée sont données aux résidents et aux familles membres au sein du Conseil de Vie Sociale lors des réunions du dit Conseil. Les modifications du prix de journée sont notifiées par affichage. Les prix de journée ont effet au 1^{er} janvier de l'année civile sauf mention spécifique du Président du Conseil Général.

Le mois est à régler dans la 1^{ère} décade du mois considéré. Toute décade commencée est due sauf en cas de décès. La facturation du tarif journalier démarre à compter de l'entrée dans l'établissement, c'est-à-dire le jour où le bénéfice des prestations hébergement commence.

Pa ailleurs un tarif dit de réservation sera facturé dès le jour de réservation de la chambre, et donc avant l'entrée du résident dans l'établissement.

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Le prix de journée hébergement comprend :

- Les frais de personnel (personnel administratif, services techniques et 70% du coût des ASH)
- La restauration (petit déjeuner, déjeuner, goûter, dîner et toutes prestations servies à l'ensemble des résidents (repas à thèmes, anniversaires, fêtes...))
- L'eau, le gaz et l'électricité
- La fourniture du linge de maison et 70% du coût du blanchissage du linge de maison
- L'entretien du logement
- La taxe d'habitation et la taxe foncière
- L'amortissement des bâtiments et des agencements ainsi que les frais financiers liés aux emprunts

- L'animation (des animations régulières sont organisées par le personnel de l'établissement. Ces animations sont gratuites pour les résidents, si une participation financière devait être demandée aux résidents pour une animation exceptionnelle et particulière (théâtre, musée, restaurant...), cette particularité serait affichée et rappelée lors de l'inscription. Il existe aussi la possibilité de petits séjours (3 jours), transport et pension complète pour 150 €, mis en place par l'association « Les Sorties du cœur ».

Le prix dépendance comprend :

- Les frais de personnel (30% du coût des ASH et 30% du coût des ASD)
- Les produits d'incontinence
- 30% du coût du blanchissage du linge de maison
- L'amortissement des matériels et équipements liés à la dépendance

La somme minimale dont doit disposer mensuellement le résident admis au titre de l'aide sociale est égale à 10 % du montant annuel des prestations minimales vieillesse lorsque le placement comporte des services collectifs assurant l'entretien complet de l'intéressé.

PRESTATIONS

LOCAUX A DISPOSITION

Il est mis à disposition de la personne hébergée une chambre individuelle et locaux collectifs ainsi que tout équipement indissociable lié au cadre bâti de l'EHPAD. Cela comprend une salle de bain individuelle comprenant lavabo, douche et toilettes. Les prises nécessaires aux branchements du téléphone et de la télévision sont incluses dans le logement. L'établissement ne fournit pas la télévision, le décodeur et le téléphone.

Le résident s'engage à respecter les locaux qui sont mis à disposition.

OBJETS PERSONNELS

Le résident peut personnaliser sa chambre et peut apporter du petit mobilier personnel (fauteuil, meuble TV, photos, cadre, bibelots...) dans la limite de la taille de celle-ci ainsi que des règles de sécurité (incendie, circulation, évacuation) et également en fonction des besoins du soin.

Le résident peut apporter son poste de télévision, à condition que ce dernier ait moins de 4 années révolues au moment de l'entrée (sécurité incendie).

L'entretien et la réparation de ces appareils restent à la charge du résident. L'abonnement et les communications téléphoniques sont à la charge du résident ainsi que la redevance télé s'il en est redevable.

Par contre il est **interdit** de mettre des **multiprises**, seules les réglettes avec interrupteur sont autorisées.

CHANGEMENT DE CHAMBRE

Toute demande de changement de chambre doit rester exceptionnelle. Le résident qui le souhaite doit en faire la demande expresse auprès de la direction. Si un accord est donné le transfert est à la charge de la famille.

En fonction des nécessités de prise en charge, des soins dispensés, des travaux à effectuer, un changement de chambre peut s'avérer nécessaire, l'établissement organise alors le changement du lieu de vie après avoir averti la famille.

Les conditions de placement dans la zone des personnes psycho dépendantes relèvent de la décision de l'équipe soignante.

SUIVI MEDICAL

Le suivi médical des résidents est assuré par leur médecin traitant. Chaque résident est libre de choisir son médecin traitant, il peut le conserver ou en choisir un autre. Les honoraires sont intégralement à la charge du résident et remboursés à l'intéressé par les caisses de Sécurité Sociale et les mutuelles selon la réglementation en vigueur.

Le suivi médical consiste notamment :

- A établir l'état de santé de tout résident entrant.
- A assurer les visites des résidents qui en font la demande, (se reporter au règlement intérieur).
- A visiter de jour ou de nuit le résident dont l'état de santé le nécessite sur appel de l'infirmière ou de l'administration.
- A décider si l'affection dont souffre le résident peut être soignée sur place ou nécessite au contraire soit une hospitalisation soit la recherche d'un établissement mieux équipé. Cependant la décision de transfert est prise en fonction de l'urgence et en concertation avec les différentes parties.
- A arrêter la composition des régimes alimentaires.

L'EHPAD dispose d'un médecin coordonnateur qui peut intervenir en cas d'urgence ou en cas d'absence du médecin traitant. Le médecin coordonnateur est aussi prescripteur.

Traitements

Les médicaments prescrits par un médecin sont remboursés directement au résident par sa caisse de Sécurité Sociale et sa mutuelle.

Rendez-vous extérieurs

Le résident peut nécessiter de rendez-vous extérieurs, dans ce cas la famille est sollicitée pour l'accompagnement ou autorise l'institution à avoir recours aux services type taxi, VSL, ambulance...

SOINS D'HYGIENE ET DE CONFORT

L'établissement prend en charge l'aide partielle ou totale à effectuer les actes essentiels de la vie (alimentation, toilette, incontinence, habillage et déshabillage, déplacement intérieur/extérieur, rédaction de courrier et démarche administrative...).

La surveillance médicale et les soins d'hygiène et de confort sont pris totalement en charge par la Sécurité Sociale selon la réglementation en vigueur.

Produits d'hygiène

La fourniture des produits pour la toilette (rasoirs, mousse à raser, savon, shampoing...) est au frais de la personne hébergée. Au cas où les produits de toilette seraient manquants, l'établissement se réserve le droit de les fournir au résident et de les refacturer.

PRESTATIONS EXTERIEURES

L'établissement met à disposition certaines prestations : coiffeur, pédicure, esthéticienne qui font l'objet d'une facturation qui sera directement à régler au prestataire. Le choix du prestataire appartient à la famille ou au résident. Les prix sont affichés sur la porte du cabinet de coiffure. Les rendez-vous pour les coiffeuses et l'esthéticienne sont à prendre directement auprès d'elles. Pour le pédicure, il faut s'inscrire au secrétariat. Il est possible de faire intervenir d'autres prestataires.

GESTION DU LINGE

Les draps, couvertures, linge de table et le linge de toilette sont fournis par l'établissement. L'entretien du linge peut être blanchi par l'établissement moyennant une participation forfaitaire mensuelle, sous réserve que ce linge soit marqué. L'établissement se réserve le droit de réajuster ce prix si nécessaire au début de chaque année civile. A ce jour le prix passe à 2 €/jour.

L'établissement se dégage de la responsabilité des habits délicats. Le nettoyage à sec ne peut être pris en charge. Le marquage du linge doit être réalisé avant l'entrée dans l'établissement ; des étiquettes sont offertes par l'établissement à l'admission.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Les animaux domestiques ne sont pas acceptés dans l'établissement, mais le résident peut recevoir la visite de sa famille accompagnée d'un petit animal à la condition que celui-ci ne trouble pas la quiétude de la résidence. L'accès est autorisé uniquement dans la chambre du résident.

RESTAURATION

Les repas (petit-déjeuner, déjeuner, goûter, diner, collation) sont inclus dans les prestations de l'établissement. Certains sont communément pris en salle de restaurant sauf si l'état de santé du résident justifie qu'ils soient pris en chambre.

Régime

Les régimes alimentaires prescrits par ordonnance sont pris en compte. A l'entrée, une fiche de goût est mise en place.

Invités

Le résident peut inviter les personnes de son choix au déjeuner sur réservation au minimum 48h à l'avance auprès du secrétariat (les réservations sont à faire avant 16h00). Le prix du repas est fixé par le Conseil d'Administration et communiqué aux intéressés chaque année, il existe un prix différent pour les repas de fêtes (noël, jour de l'an, fête de l'établissement). Le nombre d'invités pourra être limité par souci d'une meilleure organisation. En cas d'absence non signalée, le prix du repas est dû.

RESERVATION D'UNE SALLE

Il est possible de réserver la salle invitée pour les anniversaires familiaux. La famille a le choix soit d'emmener le gâteau et les boissons ou de le faire faire par notre cuisinier moyennant 10 €/personne.

CHOIX DES PRESTATAIRES

Chaque résident est libre de choisir les prestataires de son choix (pharmacie, ambulance, kinésithérapeute, prestataire d'oxygène, médecin spécialiste, coiffeur, pédicure, orthophoniste...)

ABSENCES, CONGES, HOSPITALISATIONS

Les résidents peuvent bénéficier de 5 semaines de congé annuel par an. Pendant cette période qui peut être fractionnée, le prix de journée est facturé duquel est déduit un forfait journalier pour les absences d'au moins 1 semaine.

En cas d'hospitalisation, les frais d'hébergement continueront à être réglés par le résident car la chambre lui sera réservée, seul sera déduit le forfait journalier.

LE DEPOT DE GARANTIE ET L'ACTE DE CAUTIONNEMENT

LE DEPOT DE GARANTIE

Le résident s'acquitte d'un dépôt de garantie, qui est encaissé par le Trésorier, à son arrivée dans l'établissement. Ce dernier est demandé pour garantir le paiement des frais de séjour et prendre en charge les réparations ou charges liées à d'éventuelles dégradations du fait du résident constatées dans les locaux privés mis à sa disposition.

Le montant du dépôt de garantie ne peut excéder un montant égal à une fois le tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge du résident. Il est fixé à 1 500 € et de 750 € pour les personnes ayant droit à l'aide sociale.

Le dépôt de garantie est restitué à la personne hébergée ou à son représentant légal dans les trente jours qui suivent sa sortie de l'établissement sous réserve de la remise à l'administration des documents nécessaires et du paiement des éventuelles créances ainsi que des éventuelles dégradations constatées lors du départ du résident.

L'ACTE DE CAUTIONNEMENT

L'acte de cautionnement solidaire par lequel les obligés alimentaires légaux s'engagent est annexé au présent contrat de séjour.

RESILIATION DU CONTRAT

EN CAS DE DEMANDE DU RESIDENT

Le résident (ou son mandataire) peut résilier le contrat dans les conditions suivantes. Il devra néanmoins en informer la direction par lettre recommandée avec accusé de réception au moins 1 mois à l'avance, la facturation court jusqu'à l'échéance du préavis d'un mois.

EN CAS DE DEGRADATION DE L'ETAT DE SANTE

Lorsque le résident est atteint d'une affection, d'une invalidité, ou s'il y a nécessité d'un nouveau besoin médical ne permettant plus son maintien dans l'établissement, les membres de la famille sont prévenus. Des solutions sont recherchées, avec la famille, le médecin, l'assistante sociale, l'administration pour assurer le transfert dans un établissement plus approprié à l'état du résident. Il sera veillé par l'établissement à la continuité de la prise en charge par l'assurance maladie.

En cas d'urgence, le directeur de l'établissement est habilité pour prendre toutes mesures appropriées an accord avec l'avis du médecin coordonnateur de l'établissement. Le résident ou son représentant légal est averti par le directeur de l'établissement, dans les plus brefs délais des mesures prises et de leur conséquence.

EN CAS D'INCOMPATIBILITE DE LA VIE EN COLLECTIVITE

Si le résident, ou sa famille, a une conduite incompatible avec la vie en collectivité (fugue, violence...) ou s'il contrevient de manière répétée aux dispositions du règlement intérieur, une procédure de résiliation sera engagée.

Les faits doivent être établis et portés à la connaissance du résident, et s'il en existe un, de son représentant légal, par lettre recommandée avec accusé de réception. Si le comportement ne se modifie pas après notification des faits constatés, une décision définitive sera prise par le directeur de l'établissement, après consultation du Conseil de la Vie Sociale, ou l'information de ce conseil lors de la séance qui suit le départ de la personne. En cas de renvoi, il disposera d'un mois pour libérer la chambre.

EN CAS DE DEFAUT DE PAIEMENT

Un retard de paiement supérieur à un mois est notifié au résident ou à son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception. Le défaut de paiement doit être régularisé dans un délai de 15 jours à partir de cette notification écrite, à défaut, la caution ne sera pas rendue. Si le règlement ne s'effectue toujours pas, la chambre devra être libérée dans un délai de 10 jours.

EN CAS DE DECES

En cas de décès, la chambre doit être libérée dans un délai maximum de 8 jours. La facturation se réalise jusqu'au jour de libération complète de la chambre.

En cas de départ de l'établissement, les effets personnels seront restitués à la famille.

RESPONSABILITES

DU RESIDENT

Le résident doit souscrire une responsabilité civile.

DE L'ETABLISSEMENT

Il est recommandé aux résidents de ne pas amener trop d'objets de valeur et d'avoir un minimum d'espèces.

L'établissement ne peut être engagé en termes de responsabilité en cas de perte, vol ou disparitions (bijoux, appareils auditifs, appareils dentaires, lunettes, argent liquides, objets de valeur, vêtements...)

RESPECT DES VOLONTES

En cas de décès, toutes les volontés exprimées par les pensionnaires sont scrupuleusement respectées. En ce qui concerne les frais d'obsèques des bénéficiaires de l'aide sociale, cette dernière peut éventuellement faire une prise en charge partielle.

Si toutefois, aucune volonté n'a été notifiée à l'administration, les mesures nécessaires sont arrêtées avec l'accord des familles.

DECES

Si le décès survient dans la structure, l'établissement en avertit le représentant légal et/ou la famille par tout moyen (téléphone de préférence) et selon les modalités recueillies en amont du décès.

Les frais engendrés par cet évènement sont à la charge des futurs héritiers.

Le résident doit faire connaître dès l'admission les dispositions qu'il désire prendre pour son décès. Il communique en particulier les coordonnées de l'entreprise de pompes funèbres choisie.

Les dernières volontés exprimées et écrites du résident remises sous enveloppe cachetée à la Direction lors de son vivant sont confiées à la famille et/ou au représentant légal. L'établissement s'engage à mettre tout en œuvre pour respecter les volontés exprimées du résident.

Suite au décès du résident, la famille ou les proches ont 8 jours maximum pour libérer la chambre (jours fériés compris), la facturation s'arrêtant au moment de la libération de la chambre. L'établissement ne peut pas conserver les biens des résidents décédés, il est demandé à la famille (ou héritiers) de bien vouloir récupérer, dans les 8 jours, l'ensemble des objets présents dans la chambre et de s'engager à les présenter au notaire au moment de la succession. Au-delà de ce délai, l'établissement procède à un inventaire des biens propres du défunt et les fait mettre en gardiennage ou sous scellés pendant la durée légale d'acceptation du legs. Les frais d'huissier pour inventaire et la mise sous scellés sont à la charge des héritiers.

Après avoir pris connaissance des conditions d'admission, de durée, de renouvellement, de résiliation, du coût du séjour et règlement intérieur joint au présent contrat,

M. ou Mme _____ déclare les accepter.

LE RESIDENT (ou son représentant légal)	LA DIRECTRICE (ou son représentant)
Date et signature précédée de la mention « Bon pour accord »	Date et signature précédée de la mention « Bon pour accord »

ANNEXES

1. CONSENTEMENT A L'ENTREE EN EHPAD
2. ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE
3. RESERVATION DE LA CHAMBRE
4. DROIT A L'IMAGE
5. ETAT DES LIEUX D'ENTREE
6. ETAT DES LIEUX DE FIN DE SEJOUR
7. DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE
8. DIRECTIVES ANTICIPEES
9. INSTRUCTIONS EN CAS DE DECES

Les résidences
Camille Cornier
40 allée Hugon
01250 CEYZERIAT
04.74.25.04.90

CONSENTEMENT A L'ENTREE EN EHPAD

Créé le :
15/12/2019
Modifié le :
15/12/2023
Version : **1**

Je soussigné(e), certifie M. ou Mme _____

né(e) le _____, à _____,

que j'ai eu toutes les informations nécessaires par rapport à mon entrée en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) pour une durée indéterminée.

J'ai été informé et j'ai bien compris toutes les informations qui m'ont été données.

Je donne mon accord pour mon admission en EHPAD.

LE RESIDENT (ou son représentant légal)	LA DIRECTRICE (ou son représentant)
Date et signature précédée de la mention « Bon pour accord »	Date et signature précédée de la mention « Bon pour accord »

Les résidences Camille Cornier 40 allée Hugon 01250 CEYZERIAT 04.74.25.04.90	<h1>ACTE DE CAUTIONNEMENT</h1> <h2>SOLIDAIRE</h2>	Créé le : 15/12/2019 Modifié le : 15/12/2023 Version : 1
--	---	---

RESIDENT	CAUTION
Nom _____ Prénom _____	Nom _____ Prénom _____ Adresse _____ _____
Date de la signature du contrat :	

A cette date, le prix de journée est fixé à _____. Ce prix de journée est révisé et fixé chaque année par un arrêté du président du conseil général.

Après avoir pris connaissance du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, le signataire du présent engagement déclare se porter caution solidaire jusqu'au départ du résident- sous réserve que ledit contrat de séjour ne soit pas résilié avant cette date , auquel cas l'engagement s'éteindrait à la fin de cette résiliation-, et s'engage à ce titre , au profit de l'établissement , à payer les frais de séjour (tels qu'arrêtés chaque année par arrêté du président du conseil général) ainsi que les frais éventuels de remise en état des locaux et biens mis à la disposition du résident pendant son séjour.

La personne caution doit recopier de sa main la mention ci-après :

« Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion, jusqu'au départ du résident, sous réserve que le contrat de séjour ne soit pas résilié avant cette date, et je m'engage à ce titre au profit de l'établissement à payer les frais de séjour, révisés et fixés chaque année, ainsi que les frais éventuels de remise en état des locaux et biens mis à disposition. Je confirme avoir une entière connaissance de la nature et de l'étendue de mon engagement. »

LA PERSONNE CAUTION	LA DIRECTRICE (ou son représentant)
Date et signature précédée de la mention « Bon pour accord »	Date et signature précédée de la mention « Bon pour accord »

Les résidences
Camille Cornier
40 allée Hugon
01250 CEYZERIAT
04.74.25.04.90

RESERVATION DE LA CHAMBRE

Créé le :
15/12/2019
Modifié le :
15/12/2023
Version : **1**

Je soussigné(e), M. ou Mme _____

sollicite la réservation de la réservation d'une chambre.

Du _____ au _____

Je m'engage à payer les frais de séjour pendant cette réservation jusqu'à mon entrée effective prévue le _____

Je m'engage à payer pour mon parent les frais de séjour pour la réservation de cette chambre pour mon parent :

M. ou Mme _____

Lien de parenté _____

LE PAIEMENT

Les tarifs journaliers hébergement et dépendance restent fixés annuellement. Ils sont arrêtés par le Président du conseil général de l'Ain.

Les tarifs hébergement applicables à la signature des présentes s'élèvent à :

- Chambre individuelle : 44 €

La facturation prend effet au premier jour de la réservation. La chambre restera entretenue pendant la durée de la réservation. Compte-tenu du fait qu'elle ne sera pas « occupée », aucun dépôt de garantie ne sera réclamé. Le résident devra s'en acquitter au moment de son entrée effective. La chambre réservée jusqu'à l'arrivée du futur résident : la journée alimentaire ne sera pas facturée ne sera facturée. Le paiement de cette réservation ne pourra pas dépasser 15 jours francs à la date de signature.

ANNULATION DE LA RESERVATION

En cas de renonciation ou d'annulation de la demande d'hébergement et ce, quelles qu'en soit les raisons, la réservation restera due jusqu'au jour de la réception écrite de celle-ci. Le résident et/ou son représentant légal par la présente en avoir pris connaissance.

Fait en deux exemplaires (exemplaire à garder par le résident)

LE RESIDENT (ou son représentant légal)	LA DIRECTRICE (ou son représentant)
Date et signature précédée de la mention « Bon pour accord »	Date et signature précédée de la mention « Bon pour accord »

Les résidences Camille Cornier 40 allée Hugon 01250 CEYZERIAT 04.74.25.04.90	<h1>DROIT A L'IMAGE</h1>	Créé le : 15/12/2019 Modifié le : 15/12/2023 Version : 1
--	--------------------------	---

Dans le cadre du respect du droit à l'image, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous retourner au secrétariat de l'établissement l'autorisation ci-dessous, dûment complétée et revêtue de votre signature ou celle du représentant légal.

AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES

Je soussigné(e), M. ou Mme _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

- Autorise l'établissement à me prendre en photo
- Autorise l'établissement à prendre en photo mon parent dénommé :
 - M. ou Mme _____

Par cette autorisation, je prends connaissance que l'existence de cette photo participe à ma propre sécurité dans l'institution.

- N'autorise pas l'établissement à me prendre en photo
- N'autorise pas l'établissement à prendre en photo mon parent dénommé :
 - M. ou Mme _____

LE RESIDENT (ou son représentant légal)
Date et signature précédée de la mention « Bon pour accord »

Les résidences Camille Cornier 40 allée Hugon 01250 CEYZERIAT 04.74.25.04.90	<h1>ETAT DES LIEUX D'ENTREE</h1>	Créé le : 15/12/2019 Modifié le : 15/12/2023 Version : 1
--	----------------------------------	--

DATE D'ENTREE :	
CHAMBRE N° :	

	Plafond	Murs	Sol	Menuiserie portes et placard	Electricité
Chambre	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	Prise de courant : _____ Prise télé : _____ Prise téléphone : _____
Salle de bain	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	Prise de courant : _____
Mobilier	<input type="checkbox"/> 1 armoire <input type="checkbox"/> 1 bureau <input type="checkbox"/> 1 lit <input type="checkbox"/> 1 table de nuit <input type="checkbox"/> 1 chaise <input type="checkbox"/> 1 fauteuil <input type="checkbox"/> 1 table de lit				
Remarques complémentaires :			Remarques sur le mobilier existant :		

TB : très bon	B : bon	P : passable	M : mauvais
----------------------	----------------	---------------------	--------------------

Fait en deux exemplaires (exemplaire à garder par le résident)

LE RESIDENT (ou son représentant légal)	LA DIRECTRICE (ou son représentant)
Date et signature précédée de la mention « Bon pour accord »	Date et signature précédée de la mention « Bon pour accord »

Les résidences Camille Cornier 40 allée Hugon 01250 CEYZERIAT 04.74.25.04.90	ETAT DES LIEUX DE FIN DE SEJOUR	Créé le : 15/12/2019 Modifié le : 15/12/2023 Version : 1
--	--	--

DATE DE SORTIE :	
CHAMBRE N° :	

	Plafond	Murs	Sol	Menuiserie portes et placard	Electricité
Chambre	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	Prise de courant : _____ Prise télé : _____ Prise téléphone : _____
Salle de bain	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M	Prise de courant : _____
Mobilier	<input type="checkbox"/> 1 armoire <input type="checkbox"/> 1 bureau <input type="checkbox"/> 1 lit <input type="checkbox"/> 1 table de nuit <input type="checkbox"/> 1 chaise <input type="checkbox"/> 1 fauteuil <input type="checkbox"/> 1 table de lit				
Constatations des dégradations, détériorations :			Montant estimé ou devis :		

TB : très bon	B : bon	P : passable	M : mauvais
----------------------	----------------	---------------------	--------------------

Fait en deux exemplaires (exemplaire à garder par le résident)

LE RESIDENT (ou son représentant légal)	LA DIRECTRICE (ou son représentant)
Date et signature précédée de la mention « Bon pour accord »	Date et signature précédée de la mention « Bon pour accord »

Les résidences
Camille Cornier
40 allée Hugon
01250 CEYZERIAT
04.74.25.04.90

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Créé le :
15/12/2019
Modifié le :
15/12/2023
Version : 1

Je soussigné(e) _____, personne majeure résident à l'EHPAD Les Résidences Camille Cornier à Ceyzériat,

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Adresse _____

Désigne comme personne de confiance durant ce séjour :

Nom Prénom _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Adresse _____

Nature de la relation _____

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut pour toute la durée du séjour, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

Loi du 04 avril 2002 relative aux droits des malades

Article L.1111-6 du code de la santé publique

LE RESIDENT

Date et signature

RESIDENT

Nom _____

Date de naissance _____

Prénom _____

Lieu de naissance _____

Nom de jeune fille _____

Adresse _____

Si je bénéficie d'une mesure de tutelle au sens du Chapitre II du titre XI du livre 1^{er} du code civil :

- J'ai l'autorisation du juge OUI NON
- J'ai l'autorisation du conseil de famille OUI NON

Veuillez joindre la copie de l'autorisation.

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1. A propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

2. A propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

● J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : _____
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : _____
- Une intervention chirurgicale : _____
- Autre : _____

DIRECTIVES ANTICIPEES

● Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : _____
- Dialyse rénale : _____
- Alimentation et hydratation artificielles : _____
- Autre : _____

● Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

3. A propos de sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

LE RESIDENT

Date et signature

Les résidences
Camille Cornier
40 allée Hugon
01250 CEYZERIAT
04.74.25.04.90

INSTRUCTIONS EN CAS DE DECES

Créé le :
15/12/2019
Modifié le :
15/12/2023
Version : 1

RESIDENT

Nom _____ Date de naissance _____
Prénom _____ Lieu de naissance _____
Nom de jeune fille _____ Religion _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE DECES

Nom _____ Nature de la relation _____
Prénom _____ Téléphone _____
Adresse _____

CONTRAT OBSEQUES (S'IL EN EXISTE UN)

Nom de l'organisme _____ Téléphone _____
Adresse _____
Y a-t-il une concession ? OUI NON

S'il n'existe pas de contrat obsèques, quel est l'organisme de pompes funèbres à prévenir ?

Nom de l'organisme _____ Téléphone _____
Adresse _____

QUESTIONS

Y a-t-il un pace maker ? OUI NON
Y aura-t-il un don du corps ? OUI NON
Y aura-t-il un don d'organes ? OUI NON
Y aura-t-il une incinération ? OUI NON
Y aura-t-il des soins de conservation du corps ? OUI NON

Vœux particuliers _____

Nous rappelons aux personnes à prévenir de nous laisser leurs coordonnées en cas de déplacement de plus de 48h.

LE RESIDENT

Date et signature