

EHPAD PUBLIC

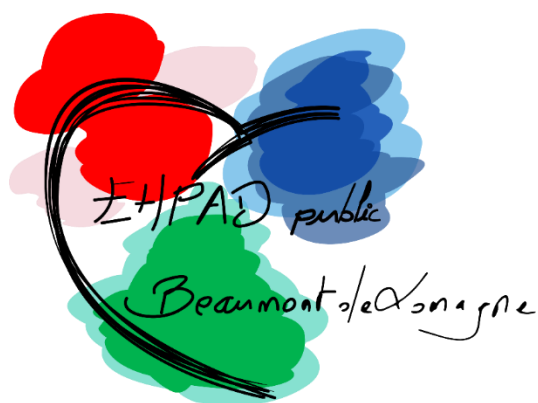
de

BEAUMONT DE LOMAGNE

Contrat

de

Séjour



Voté par le Conseil d'administration réuni le 18 juillet 2022,
après avis du Conseil de la vie sociale réuni le 24 mai 2022

V2 - Mise à jour en février 2026

Table des matières

| | |
|--|------------------------------------|
| Préambule | 4 |
| I. DÉFINITION DES ATTENTES ET DES OBJECTIFS | 5 |
| II. DUREE DU SEJOUR OU DE L'ACCUEIL TEMPORAIRE | 5 |
| III. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT | 5 |
| 1. Description du logement et du mobilier fourni par l'établissement | 6 |
| 2. Restauration | 7 |
| 3. Le linge et son entretien | 7 |
| 4. Animation | 8 |
| 5. Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne | 8 |
| 6. Prestations non comprises dans le tarif | 8 |
| IV. SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE | 9 |
| V. COÛT DU SÉJOUR | 9 |
| 2. Frais liés à la perte d'autonomie | 10 |
| 3. Frais liés aux soins | 11 |
| VI. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION | 13 |
| 1. Facturation d'une réservation | 13 |
| 2. Facturation pour hospitalisation et convenance personnelle | 13 |
| 3. Facturation en cas de résiliation du contrat | 13 |
| VII. RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT | 14 |
| 1. Révision | 14 |
| 2. Résiliation volontaire | 14 |
| 3. Résiliation à l'initiative de l'établissement | 14 |
| 4. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES | 16 |
| 5. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SÉJOUR | 17 |
| 6. REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT | 17 |
| ANNEXES ET PIECES JOINTES | Erreur ! Signet non défini. |

Le présent contrat de séjour est conclu entre

D'une part,

Mme ou M. _____

Né(e) le _____ à _____

Dénommé(e) « **le résident** », dans le présent document.

Le cas échéant, représenté(e) par

Mme ou M. _____

Né(e) le _____ à _____

Demeurant _____

Lien de parenté éventuel : _____

Mandat de protection exercé : _____. En vertu d'une décision prise par le Tribunal d'Instance de _____, ou d'un mandat de protection future dûment paraphé par le greffe du Tribunal d'instance de _____

Le cas échéant, joindre obligatoirement l'ampliation du jugement ou copie du mandat de protection future.

Dénommé(e) le « **représentant légal** »

Et d'autre part,

L'Ehpad public de Beaumont de Lomagne,

Représenté par son **directeur**, Monsieur Thibault de Peyrecave

Il est convenu ce qui suit.

Préambule

Le présent contrat de séjour est rédigé conformément aux dispositions du code de l'action sociale et des familles et du code de la santé le cas échéant. Il définit les droits et les obligations mutuels de l'établissement et du résident. Ce contrat 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 ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

Vous êtes invités à prendre connaissance du contrat de séjour avec la plus grande attention. Vous pouvez, lors de la signature, vous faire accompagner de la personne de votre choix et faire connaître à l'établissement le nom et les coordonnées de votre personne de confiance ou de la personne qualifiée.

Le contrat est établi en deux exemplaires en tenant compte des mesures et décisions administratives, judiciaires, médicales adoptées par les instances ou autorités compétentes. Un exemplaire vous sera remis ou à votre représentant légal le cas échéant. Il est signé au plus tard dans les 15 jours qui, suivent l'entrée effective.

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

L'Ehpad (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante) de Beaumont de Lomagne est un établissement public autonome, relevant de la fonction publique hospitalière.

L'établissement est habilité à accueillir les bénéficiaires de l'aide sociale et de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Les personnes hébergées peuvent faire une demande d'allocation personnalisée d'autonomie pour couvrir une partie des frais des tarifs journaliers dépendance.

L'établissement répond aux normes pour l'attribution de l'allocation logement, permettant aux résidents qui remplissent les conditions nécessaires d'en bénéficier.

I. DÉFINITION DES ATTENTES ET DES OBJECTIFS

L'établissement travaille en vue de la réalisation des attentes de la personne accueillie et du maintien de son autonomie

Les objectifs et les prestations font l'objet d'une réflexion et d'un travail collaboratif dans le cadre du projet d'accompagnement personnalisé. Ces objectifs et prestations seront déterminés conjointement et précisés à la personne, sa famille ou son représentant légal dans les trois mois suivants son arrivée.

Conformément aux dispositions du décret 2016-1743 du 15 décembre 2016, un avenant pourrait être proposé afin de définir les mesures particulières à prendre pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir du résident dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité. Une approche risques-bénéfices est privilégiée. Ainsi, les mesures prises par l'établissement ne doivent pas être disproportionnées aux risques encourus par le résident et sont prévues seulement lorsqu'elles s'avèrent strictement nécessaires.

II. DUREE DU SEJOUR OU DE L'ACCUEIL TEMPORAIRE

Le présent contrat est conclu pour :

- Une durée indéterminée à compter du _____
- Une durée déterminée du _____ au _____
- Le cas échéant avec une réservation à compter du _____
Voir en page 12 les conditions de facturation de la réservation

La date d'entrée du résident est fixée par les deux parties. Elle correspond, sauf cas de force majeure ou réservation, à la date de départ de la facturation des prestations d'hébergement, même si le résident décide d'arriver à une date ultérieure.

Un droit de rétractation dans les 15 jours est possible sans préavis (voir VII. 1.).

III. PRESTATIONS ASSURÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le règlement de fonctionnement joint et remis au résident avec le présent contrat. Les prestations ci-dessous énumérées, conformes au socle minimal de prestations défini à l'article L.314-2 du code de l'action sociale et des familles, sont assurées dans les conditions et les limites fixées par ce règlement de fonctionnement. Tout changement dans les prestations assurées par l'établissement doit faire l'objet d'un avenant.

Les tarifs résultants d'une décision des autorités de tarification (Conseil départemental et Agence régionale de santé) et qui s'imposent à l'établissement font l'objet d'un arrêté de tarification annexé au présent contrat. Toute modification du tarif est portée à la connaissance du résident et de son représentant légal notamment par voie d'affichage.

Seules les prestations décrites au point 6. font l'objet d'une facturation supplémentaire si le résident souhaite en bénéficier.

1. Description du logement et du mobilier fourni par l'établissement

A la date de la signature du contrat, le résident est accueilli dans la chambre n° _____,

du site :

- Henri Daudignon – 10bis, rue Mauran - 82500 Beaumont de Lomagne
- Les Cordeliers – 10, rue Despeyrous - 82500 Beaumont de Lomagne

Il s'agit d'une chambre :

- Simple
- Double

L'établissement ne procède pas au changement de chambre d'un résident sans son accord ou celui de son représentant légal, sauf en cas d'urgence, pour des raisons médicales, de sécurité du résident ou de travaux. Dans tous les cas, le résident et le cas échéant son représentant légal, sont informés. Le consentement est systématiquement recherché. Si le changement est pérenne, il fait l'objet d'un avenant au présent contrat de séjour.

Sur le site Henri Daudignon, le nombre de chambre seule étant restreint elles sont attribuées prioritairement sur des critères médicaux.

Chaque chambre dispose d'une salle d'eau adaptée et équipée et dispose :

- d'un lit à hauteur variable ;
- d'une table de nuit ;
- d'un adaptable ;
- d'une commode ;
- d'un placard ;
- d'un fauteuil de repos ;
- d'une chaise ;
- d'un système « d'appel malade » ;
- d'un téléphone.

Un téléviseur peut être mis gratuitement à disposition sur demande.

Il est vivement conseillé de personnaliser la chambre. Le résident peut amener des effets et du mobilier personnel. Toutefois, la personnalisation de cette chambre ne doit pas avoir pour conséquence d'empêcher ou de limiter l'intervention des professionnels ou des équipes de secours. Par ailleurs, l'ajout de petit matériel électrique doit faire l'objet d'une validation par la direction. L'entretien de ce matériel reste à la charge du résident. Si l'état du matériel est susceptible de mettre en danger le résident ou l'établissement, la direction pourra en exiger le retrait.

Un état des lieux contradictoire est établi à l'entrée et au départ du résident. Toute modification de la chambre fait l'objet d'une demande auprès de la direction. En cas de dégradation, les frais de remise en état des locaux ou du mobilier sont à la charge du résident ou à la succession. Ils feront l'objet d'une retenue sur la garantie

La clé de la chambre est remise au résident à sa demande. L'annexe 6 est alors complétée en ce sens. En cas de perte de la clé, le montant de sa reproduction lui sera facturé.

L'établissement assure toutes les tâches de ménage et les petites réparations réalisables par le service technique. Les piles des appareils appartenant au résident ne sont pas fournies ou remplacées par l'établissement.

L'électricité, le chauffage et l'eau sont fournis par l'établissement.

La redevance télévisuelle est à la charge du résident.

2. Restauration

Les repas (petit-déjeuner, déjeuner et dîner) sont compris dans le coût de l'hébergement. Ils sont pris en salle de restaurant ou dans les petits salons des étages, sauf si l'état de santé du résident ou les circonstances particulières de l'établissement justifient qu'ils soient pris en chambre.

Sont également comprises les collations de milieu d'après-midi et nocturne.

Les régimes alimentaires prescrits par ordonnance sont pris en compte.

Le résident peut inviter les personnes de son choix au déjeuner. Le prix du repas est fixé par le Conseil d'administration et communiqué aux intéressés chaque année par voie d'affichage.

3. Le linge et son entretien

Le linge plat et de toilette (draps, dessus de lit, couvertures, serviettes de toilette, serviettes de table) sont fournis par l'établissement. Le linge de literie est entretenu par un prestataire extérieur.

L'entretien du linge personnel est compris dans le coût de l'hébergement. L'établissement utilise du matériel et des produits de lavage qui sont incompatibles avec les textiles et lainages délicats. Il est recommandé de les confier à un professionnel extérieur. L'établissement décline toute responsabilité en cas de dégradation d'un textile ou lainage délicat confié à la lingerie.

Le linge personnel amené à l'entrée ou tout au long de l'hébergement, doit être obligatoirement marqué par les services de la lingerie ou par vos soins. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable de la perte d'un vêtement qui n'aura pas été préalablement marqué. Cette prestation de marquage est incluse dans le tarif hébergement.

4. Animation

Les animations régulièrement organisées par l'établissement ne donnent pas lieu à une facturation.

Les prestations ponctuelles d'animation seront signalées au cas par cas ainsi que les conditions financières de participation, s'il y a lieu (voyages, sorties...).

5. 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 et rasage), l'alimentation, l'habillement, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le développement ou le maintien de l'autonomie.

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 libéraux spécialistes ou dans les établissements de santé sont à la charge du résident et de sa famille. Cette dernière sera informée des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser.

Le courrier est distribué quotidiennement aux résidents, du lundi au vendredi. Les résidents ont la possibilité de déposer leur courrier affranchi au personnel administratif qui se charge de l'apporter à la Poste.

6. Prestations non comprises dans le tarif

Les prestations proposées ci-dessous ne sont pas comprises dans le tarif hébergement et ne seront facturées que si le résident souhaite en bénéficier.

Les communications téléphoniques sortantes sont à la charge du résident. Elles sont facturées sous la forme d'un forfait mensuel dont le montant est fixé par le Conseil d'administration. Au jour de la signature du contrat, ce montant est de 10€.

Le résident pourra bénéficier des services extérieurs qu'il aura choisis (coiffeur, pédicure, esthéticienne...) et en assurera directement le paiement. L'établissement tient à jour une liste de professionnels pouvant intervenir.

IV. SOINS ET SURVEILLANCE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

L'établissement assure une permanence soignante par la présence de personnel dédié 24h/24 et par un système d'appel malade. Un(e) infirmier (ère) est joignable la nuit et peut se déplacer si besoin.

La permanence médicale est assurée :

- par le médecin coordonnateur de l'établissement ;
Note : ce poste n'est actuellement pas pourvu
- par le médecin traitant choisi par le résident ;
- éventuellement par le SAMU en cas d'urgence médicale.

Les informations relatives à la surveillance médicale et paramédicale ainsi qu'à la prise en charge des soins sont inscrites dans le règlement de fonctionnement remis au résident à la signature du présent contrat.

Les soins infirmiers prescrits sont à la charge de l'établissement.

Les mesures médicales et thérapeutiques individuelles adoptées par l'équipe soignante figurent dans le dossier médical du résident conservé par l'établissement et dans le Dossier médical partagé (DMP).

Les dossiers sont conservés pendant :

- 20 ans à compter du départ du résident ;
- 10 ans à compter de la date de décès

Si le résident a désigné une personne de confiance ou une personne qualifiée, il communique à l'établissement le nom et les coordonnées de cette personne.

Le résident peut à tout moment de son séjour remettre ses directives anticipées au personnel de l'Ehpad.

V. COÛT DU SÉJOUR

L'établissement est habilité à recevoir les 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 par voie d'affichage et à travers leur représentation au sein du Conseil de la vie sociale.

Elles font également l'objet d'un document annexé au présent contrat, porté à la connaissance du résident et de son représentant légal le cas échéant. Toutes modifications leur sont communiquées. Ce document organise le rattrapage du paiement du tarif hébergement quand il est fixé après le 1er janvier de l'année en cours par le Président du Conseil départemental.

1. Frais d'hébergement

Les prestations décrites au point III. ci-dessus (hors 6. Prestations non comprises dans le tarif) sont facturables selon une tarification fixée chaque année par arrêté du Président du Conseil départemental de Tarn-et-Garonne.

A la date de conclusion du présent contrat, les frais d'hébergement sont de _____ euros nets par journée d'hébergement. Ils sont révisés au moins chaque année et communiqués à chaque changement par voie d'affichage.

Modalités de paiement

Les frais d'hébergement sont payés mensuellement et à terme à échoir, entre le 20 et le 30 de chaque mois auprès du SGC de Caussade (Trésor public).

Un prélèvement automatique est vivement conseillé par l'établissement.

S'agissant des résidents qui bénéficient de l'aide sociale, ceux-ci doivent s'acquitter eux-mêmes de leurs frais de séjour dans la limite de 90% de leurs ressources. 10% des revenus personnels restent donc à la disposition de la personne sans pouvoir être inférieurs à 1% du minimum social, soit 114€ en 2022.

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.

Dans le cas d'un hébergement permanent un dépôt de garantie est demandé à l'entrée de l'établissement. Il est égal à 31 journées de tarif hébergement. La garantie est restituée au résident ou à son représentant légal dans les trente jours qui suivent sa sortie de l'établissement, déduction faite d'une éventuelle créance ou de réparations de dommages constatés dans l'état des lieux.

2. Frais liés à la perte d'autonomie

Au tarif hébergement s'ajoute un supplément lié à l'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou à la nécessité d'une surveillance régulière. Ce tarif est fixé annuellement par arrêté du président du Conseil départemental de Tarn-et-Garonne. Il varie en fonction du degré d'autonomie du résident évalué à partir de la grille AGGIR.

En fonction de l'autonomie et du niveau de ses ressources, le résident peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée par le Conseil départemental directement à l'établissement. Les résidents classés en GIR 5/6 n'ont pas droit au bénéfice de l'APA.

L'APA permet de couvrir en partie le coût du tarif dépendance, arrêté par le Président du Conseil départemental, en sus du tarif hébergement. Une participation reste à la charge du résident en fonction de son autonomie et du niveau de ses ressources.

3. Frais liés aux soins

Le résident peut choisir les professionnels de santé de son choix (médecin traitant, kinésithérapeute, pédicure). La liste des professionnels de santé intervenants dans l'établissement est disponible auprès des cadres de santé.

Les consultations externes sont organisées par les professionnels à la demande du résident, du médecin traitant ou de la famille. Si le résident ou famille souhaite que l'établissement pourvoie à la réservation des transports pour ces rendez-vous elle le fait savoir dès la procédure d'admission.

L'établissement a opté pour l'option tarifaire globale depuis le 1^{er} septembre 2024. A ce titre, il prend en charge la rémunération du médecin coordonnateur, des infirmiers et des autres auxiliaires médicaux de l'établissement.

Sont également à la charge de l'établissement :

- les rémunérations versées aux médecins traitants et auxiliaires médicaux libéraux ;
- les frais liés aux examens de radiologie et de biologie ;

Les prestations de soins qui ne sont pas financées par le biais du forfait soins de l'établissement restent à la charge des régimes obligatoires de base de l'Assurance Maladie dans les conditions de droit commun. Les frais liés aux soins spécialisés tels que l'ophtalmologie, les dentistes, les cardiologues ; ainsi que les frais de transport pour les consultations à l'extérieur de la structure restent à la charge du résident.

Certains frais concernant les prothèses (lunettes, dents, appareils auditifs etc..) peuvent être mal remboursés sans mutuelle. Nous conseillons donc vivement aux résidents de garder leur mutuelle.

Il appartient au résident d'effectuer les démarches pour interrompre les éventuels contrats de location de matériel médical souscrits à domicile. L'établissement n'est pas redevable de loyers dus dans le cadre d'un contrat de location souscrit avant la signature du présent contrat.

4. Médecin traitant et professionnels paramédicaux

Le principe du libre-choix du médecin traitant et des professionnels paramédicaux est la règle. La liste des médecins ayant signé une convention avec l'établissement peut vous être proposée si vous n'avez pas de médecin.

Précisez ici les professionnels choisis :

Choix du médecin : _____

Choix du kinésithérapeute : _____

Choix du pédicure-podologue : _____

Autre professionnel : _____

5. Pharmacie

Vous êtes libre de choisir la pharmacie qui assurera la dispensation de vos médicaments prescrits. Toutefois, l'établissement a signé une convention avec la Pharmacie de Lomagne d'Alexandre Vedrenne. Cette convention prévoit les modalités de sécurisation du circuit du médicament de la prescription jusqu'à la distribution. Il vous est donc recommandé de choisir cette officine. Si vous souhaitez choisir une autre officine, l'établissement la contactera afin de s'assurer qu'elle est en mesure de respecter le cahier des charges du circuit du médicament.

Choix de la pharmacie d'officine : _____

VI. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

1. Facturation d'une réservation

Le futur résident peut réserver une chambre avant son arrivée dans l'établissement. Dans ce cas, un tarif réservation sera facturé correspondant au tarif hébergement minoré du montant du forfait hospitalier

2. Facturation pour hospitalisation et convenance personnelle

| Motif d'absence | Tarif hébergement | Tarif dépendance |
|-------------------------------|--|--|
| Hospitalisation | - Si absence inférieure à 72h : Facturation de la totalité du tarif hébergement. - Si absence supérieure à 72h : Facturation du tarif hébergement minoré du montant du forfait hospitalier, dans la limite de 30 jours. | Facturation dès le premier jour d'absence dans la limite de 30 jours consécutifs (de GIR 1 à 4). Pas de facturation du ticket modérateur (GIR 5/6). |
| Convenance personnelle | - Si absence inférieure à 72h : Facturation de la totalité du tarif hébergement. - Si absence supérieure à 72h : Le tarif hébergement n'est pas facturé, dans la limite de 35 jours par année civile. | Le versement de l'APA est maintenu sur cette même période. |

3. Facturation en cas de résiliation du contrat

En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à échéance du préavis d'un mois. Si le départ est effectif avant l'échéance du préavis, la facturation sera maintenue. Toutefois, ce préavis est interrompu si la place est occupée par une nouvelle admission.

4. Facturation en cas de décès

En cas de décès, la facturation est maintenue jusqu'au jour du décès. Les objets personnels du résident doivent être retirés de la chambre dans un délai de 72h. Au-delà de ce délai, et en application de l'article R 314-149-III du code de l'action sociale et des familles, l'établissement pourra facturer le montant du tarif hébergement minoré du montant du forfait hospitalier pour une durée maximale de 6 jours suivant le décès du résident.

En outre, dans le cas particulier où des scellés seraient apposés sur le logement, la période ainsi concernée donnerait lieu à facturation prévue jusqu'à la libération du logement.

VII. RÉVISION ET RÉSILIATION DU CONTRAT

1. Délai de rétractation

En application de l'article L. 311-4-1, II du Code de l'action sociale et des familles (CASF), le résident peut exercer un droit de rétractation dans les quinze jours suivant la signature du contrat de séjour ou l'admission, si celle-ci est ultérieure. Ceci, sans préavis, moyennant l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif.

Ce droit doit être exercé par écrit, remis en main propre contre signature ou adressé par courrier recommandé avec avis de réception.

2. Révision

Les changements des termes initiaux du contrat font l'objet d'avenants.

3. Résiliation volontaire

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 d'un mois de date à date, calculé à partir de la date de réception par l'établissement.

La chambre est libérée au plus tard à la date prévue pour le départ.

4. Résiliation à l'initiative de l'établissement

a. *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 et le cas échéant, le médecin coordonnateur.

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 trente jours.

En cas d'urgence, le directeur de l'établissement prend toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant ou du médecin coordonnateur de l'établissement. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, le résident 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. La chambre est libérée dans un délai de trente jours après notification de la décision.

b. Non-respect du règlement de fonctionnement ou du présent contrat

En cas de non-respect du règlement de fonctionnement ou du présent contrat par l'une des parties, l'autre peut mettre unilatéralement fin au contrat de séjour.

Dans tous les cas, les parties chercheront à régler la situation par la voie du dialogue préalablement à toute rupture du contrat.

c. 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 est organisé entre le directeur et l'intéressé, accompagné éventuellement de la personne de son choix et/ou de son représentant légal et/ou de la personne de confiance ou qualifiée. Le directeur peut être assisté d'un autre professionnel de l'établissement.

En cas d'échec de cet entretien, le directeur sollicite l'avis du Conseil de la vie sociale dans un délai de trente jours avant d'arrêter sa décision définitive quant à la résiliation du contrat. Cette dernière est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au résident et/ou à son représentant légal.

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

d. Résiliation pour défaut de paiement

Tout retard de paiement supérieur ou égal à soixante 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 à son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

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

e. Résiliation pour décès

Le référent désigné par le résident est informé du décès de ce dernier par tout moyen.

Si le conjoint survivant était également logé, l'établissement lui fait une proposition pour le reloger dans les meilleures conditions.

La chambre est libérée dans les délais et conditions décrites à la page 12 du présent contrat. Au-delà de ce délai, l'établissement sera libre de considérer que la famille renonce aux biens se trouvant dans la chambre. La direction pourra prendre toute mesure pour libérer la chambre.

5. RESPONSABILITÉS RESPECTIVES

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.

Les règles générales de responsabilité applicables pour le résident dans ses relations avec les différents occupants sont définies par les articles 1382 à 1384 du Code Civil, sauf si la responsabilité de l'établissement est susceptible d'être engagée (défaut de surveillance...).

Dans ce cadre et pour les dommages dont il peut être la cause et éventuellement la victime, l'établissement a souscrit une assurance responsabilité civile et dommages accidents.

Pour les dommages dont il peut être la cause et éventuellement la victime, le résident doit souscrire une assurance responsabilité civile et dommages accidents, dont il justifie la souscription chaque année auprès de l'établissement.

Le résident et/ou son représentant légal certifie avoir reçu l'information écrite et orale sur les règles relatives aux biens et aux 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.

En ce qui concerne les objets de valeur, prothèses dentaires, auditives et lunettes, l'établissement ne saurait être tenu responsable des pertes, vols et détériorations sauf dans les cas où une faute serait établie à son encontre ou à celle des personnels dont il doit répondre. La charge de la preuve appartient au demandeur.

6. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SÉJOUR

Toutes les dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute actualisation du contrat de séjour, approuvée par le Conseil d'administration après avis du Conseil de la vie sociale, fera l'objet d'un avenant.

7. REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

La signature du présent contrat par le résident ou son représentant légal vaut acceptation du règlement de fonctionnement de l'Ehpad en vigueur à la date de signature dudit contrat. Le règlement de fonctionnement est annexé au présent contrat.

Le contrat de séjour est établi conformément :

- à la loi du 2 janvier 2002 modifiée rénovant l'action sociale et médico-sociale, à l'article L 311-4 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 ;
- 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°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. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;
- au décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- aux dispositions contenues dans le règlement départemental d'aide sociale ;
- aux dispositions contenues dans la convention tripartite pluriannuelle.

Fait à Beaumont de Lomagne, le _____

Signatures

Le résident

Le représentant légal
Le cas échéant

Le directeur

Le présent contrat est établi en deux ou trois exemplaires :

- *Un exemplaire pour le résident et son représentant légal ;*
- *Un exemplaire pour l'établissement ;*
- *Un exemplaire pour la personne de confiance désignée et si elle le souhaite.*

Liste des pièces jointes au contrat :

- *Le règlement de fonctionnement dont le résident et/ou son représentant légal déclare avoir pris connaissance ;*
- *Le détail des tarifs applicables et le tarif des prestations annexes ;*
- *Le livret d'accueil de l'Ehpad*

ANNEXE 1

Désignation de la personne de confiance

Vous pouvez désigner une personne de confiance parmi vos parent, proches ou votre médecin traitant, conformément aux dispositions de l'article L.1111-6 du code de la santé publique et L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Si vous le souhaitez, la personne de confiance vous accompagnera dans vos démarches et assistera aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions.

La personne de confiance sera consultée au cas où vous rencontreriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits et au cas où vous ne seriez pas en état d'exprimer votre volonté concernant les soins.

Prénoms et Nom : _____

Lien : _____

Téléphone : _____

Portable : _____

Adresse postale : _____

Adresse électronique : _____

- Je lui ai fait part de mes directives anticipées si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer.
- Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées.

Cette décision est modifiable et révoicable à tout moment

Fait à **Beaumont de Lomagne**, le _____

Signatures

Le résident

**La personne de confiance
désignée**

ANNEXE 2

Désignation du référent administratif

Le référent administratif est l'interlocuteur privilégié de l'établissement. Les différentes informations relatives aux conditions administratives de l'hébergement du résident lui seront systématiquement communiquées. Il s'engage à les diffuser aux autres membres de la famille.

Le référent administratif s'engage à fournir et actualiser les documents nécessaires au dossier administratif (attestation de droits sécurité sociale, carte de mutuelle, responsabilité civile, avis d'imposition, ...) à effectuer les démarches auprès du Conseil départemental et des organismes sociaux.

Sauf demande contraire du résident, le référent administratif est la personne prévenue en cas de chute, hospitalisation, sortie inopinée ou décès.

- Je souhaite que ma personne de confiance soit référente administrative
- Je désigne un autre référent administratif, en accord avec lui

Prénoms et Nom : _____

Lien : _____

Téléphone : _____

Portable : _____

Adresse postale : _____

Adresse électronique : _____

Signatures

Le résident

**La personne de confiance
désignée référente administrative**

OU

**Le référent
administratif**

ANNEXE 3

Directives anticipées relatives à la fin de vie

Cette annexe comporte trois pages

Dès l'admission et tout au long de votre séjour, vous avez la possibilité de rédiger des directives anticipées pour le cas où vous seriez un jour hors d'état d'exprimer votre volonté. Elles indiquent vos volontés relatives à la fin de vie en ce qui concerne la limitation ou l'arrêt des traitements.

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer vos directives il vous est possible de demander à deux témoins, dont votre personne de confiance, si vous l'avez désignée, d'attester que le document que vous n'avez pas pu rédiger vous-même est l'expression de votre volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité.

En résumé

- ◆ Vous pouvez donner vos directives sur les décisions médicales à prendre pour le cas où vous seriez un jour dans l'incapacité de vous exprimer. Même si envisager à l'avance cette situation est toujours difficile, voire angoissant, il est important d'y réfléchir.
- ◆ Toute personne majeure peut les rédiger, mais ce n'est pas une obligation.
- ◆ Des modèles de formulaire sont disponibles.
- ◆ Elles sont valables sans limite de temps mais vous pouvez les modifier ou les annuler à tout moment.
- ◆ Que vous soyez en bonne santé, atteint d'une maladie grave ou non, ou à la fin de votre vie, vous pouvez exprimer vos souhaits sur la mise en route ou l'arrêt de réanimation, d'autres traitements ou d'actes médicaux, sur le maintien artificiel de vos fonctions vitales et sur vos attentes. Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous aide dans votre démarche ; il pourra vous expliquer les options possibles, en particulier le souhait ou le refus d'un endormissement profond et permanent jusqu'à la mort.
- ◆ Cette réflexion peut être l'occasion d'un dialogue avec vos proches.
- ◆ Il est important d'informer votre médecin et vos proches de leur existence et de leur lieu de conservation, afin qu'elles soient facilement accessibles.
- ◆ Dans tous les cas, votre douleur sera traitée et apaisée. Votre bien-être et celui de vos proches resteront la priorité.

Source : HAS – Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie – Guide pour le grand public - Octobre 2016

Directives anticipées 1/2

A _____, le _____

Je soussigné, _____,

né(e) le _____ à _____,

Souhaite par la présente exprimer ma volonté libre, éclairée et prendre les directives anticipées suivantes pour le cas où je serai un jour hors d'état d'exprimer ma volonté.

1. A propos des situations dans lesquelles je pourrais 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 :

J'accepte Je refuse

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) :
 J'accepte Je refuse
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
 J'accepte Je refuse
- Une intervention chirurgicale :
 J'accepte Je refuse

ANNEXE 4

Dispositions prévues par le résident ou sa famille en cas de décès

1. Personnes à prévenir en cas de décès

Le référent administratif est prévenu en priorité. Il est chargé d'informer les membres de la famille.

En cas d'impossibilité de prévenir le référent administratif, l'établissement contactera la personne désignée ci-dessous :

Prénoms et Nom : _____

Téléphone : _____

Portable : _____

Adresse électronique : _____

Jour Nuit

2. Existe-t-il un contrat auprès d'une société de Pompes funèbres ?

Société : _____

Téléphone : _____

Si non, et dans l'impossibilité de joindre le référent ou la famille, quelle société l'établissement doit-il prévenir _____

3. Dispositions particulières

Don du corps oui non

Incinération oui non

Concession oui non Précisez : _____

Rites religieux et familiaux particuliers, choix vestimentaires... :

Signatures

Le résident

Le représentant légal

Annexe 5

Autorisation d'utilisation de l'image

L'Ehpad public de Beaumont de Lomagne est amené à effectuer des prises de vues (photos et vidéos) dans le cadre des activités d'animation (Pie pelette ou autres publications, rapports de stage, expositions, site internet de l'établissement...), d'autre part dans le cadre du dossier médical et du dossier de soins avec une diffusion interne et externe à l'établissement dans le respect du secret médical. Les images ne sont jamais utilisées à des fins commerciales.

Une autorisation expresse du résident pour la prise et l'utilisation de clichés est requise. Ce formulaire a pour objectif de recueillir votre accord préalable quant à la prise et l'utilisation éventuelle de clichés dans le cadre de votre séjour à l'Ehpad public de Beaumont de Lomagne.

Je soussigné(e) _____

- Autorise l'établissement à effectuer des prises de vues me concernant et à en faire un usage externe (publication dans la Pie pelette, sur le site internet de l'établissement et sur les réseaux sociaux).
- Autorise l'établissement à effectuer des prises de vues me concernant et à en faire un usage interne (photos affichées aux murs suite à une animation).
- Autorise l'établissement à utiliser mon image pour en faire usage sur le logiciel de soins (pour renforcer l'identitovigilance notamment)

Je comprends que :

- Je peux refuser ou retirer mon consentement à tout moment, sans impact sur la qualité des soins ou ma participation aux activités ;
- Les images sont traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- Je peux exercer mes droits d'accès, de rectification et de suppression auprès de la direction de l'Ehpad.

Date _____

Signature

Le résident

| Réévaluation | | |
|--------------|---------------|-----------|
| Date | Modifications | Signature |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Annexe 6

Recueil de données personnelles

Dans le cadre de la mission d'hébergement que vous souhaitez confier à l'établissement, il est nécessaire de recueillir un certain nombre d'informations vous concernant afin de réaliser les tâches liées à votre admission et à votre accompagnement tout au long de votre séjour. Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité, nous pouvons réaliser des enquêtes d'opinion.

De quelles données s'agit-il ?

Les données collectées sont vos données d'identité, état civil, situation familiale, sécurité sociale, mutuelle, données bancaires (RIB, relevés de compte), situation fiscale (avis d'impôts, relevés des caisses de retraite), allocations familiales, décision de justice le cas échéant (sauvegarde, curatelle, tutelle), dossier médical (ordonnances, analyses, compte-rendu, imagerie médicale) ainsi que toutes données strictement nécessaires au traitement de votre dossier ou des enquêtes de satisfaction.

Il peut s'agir aussi de photographies ou de petites vidéos prises dans le cadre des animations ou d'autres événements que nous organisons et que nous pouvons diffuser sur des supports (écrit, électronique, audio-visuel), destinés, suivant les cas, à un large public, d'enquêtes d'opinion. En fonction de l'objectif visé, ces informations peuvent être conservées sur des durées variables avant d'être archivées ou détruites.

Qui en est le responsable ?

La Direction de l'établissement est responsable de vos données, collectées et utilisées avec votre accord et conformément aux lois européennes et nationales sur la protection des données. Elle a le devoir de s'assurer que vos données sont traitées en toute sécurité et de vous avertir si la sécurité de vos données a été compromise.

Comment vos données sont-elles stockées ?

Vos données sont stockées sous la forme de dossier papier et /ou de dossier électronique, sous la responsabilité de la Direction de l'établissement qui prend toutes les mesures nécessaires pour assurer leur sécurité.

Si vos données doivent être partagées pour le traitement de votre dossier, elles le seront via un système électronique d'échange d'informations sécurisé et/ou sous pli cacheté.

Vos données sont stockées pour la durée du traitement de votre dossier. Une fois votre dossier clôturé, vos données sont stockées pour une durée de 10 ans maximum, à compter de la fin des prestations de l'établissement, afin de lui permettre notamment de respecter ses obligations en matière de responsabilité.

Qui a accès à vos données ?

Les agents du service administratif et du service de soins auront accès à votre dossier afin de pouvoir le traiter.

Si le traitement de votre dossier le requiert, ce formulaire de consentement autorisera aussi l'établissement à partager les données indispensables avec les intervenants suivants :

- Correspondance avec vous concernant votre dossier.
- Permettre à l'Ehpad de remplir ses obligations.
- Échange de données avec les laboratoires d'analyses.
- Échange de données avec le médecin coordonnateur, le médecin traitant, les médecins spécialistes.
- Échange de données avec les kinésithérapeutes, le psychologue, les pharmacies, les pédicures-podologues.
- Échange de données avec les centres hospitaliers et cliniques.
- Échange de données avec les ambulances, les taxis.
- Échange de données avec la CAF, la MSA, la CPAM, et autres organismes de mutuelles.
- Échange de données avec les services des Tutelles, le Juge aux Affaires Familiales.
- Échange de données avec le Conseil Département de l'Hérault et autres départements si nécessaire.

Quels sont vos droits ?

Vous avez le droit de donner ou de retirer votre accord pour le traitement et l'échange de vos données. Si vous acceptez aujourd'hui de donner votre consentement pour que vos données soient traitées dans le

cadre de votre dossier, vous pourrez toujours retirer votre accord à tout moment. Dans ce cas, l'établissement vous expliquera comment vos données seront supprimées de votre dossier.

Vous avez le droit d'être informé sur l'utilisation faite de vos données et sur les personnes qui ont accès à vos données.

Dans ce cadre, l'établissement vous indiquera quelles personnes sont précisément associées au traitement de votre dossier.

Vous avez le droit de demander quelles informations vous concernant sont enregistrées et de demander des corrections, si certaines informations ne sont pas correctes.

Vous avez le droit de recevoir toutes les informations vous concernant qui sont enregistrées sous un format papier lisible.

- Je déclare avoir lu ce document et que son contenu m'a été expliqué.
- J'ai disposé de suffisamment de temps pour prendre en considération le fait de confier mes données personnelles à l'établissement pour le traitement de mon dossier.
- J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais.
- Je sais que mes données personnelles sont fournies à l'établissement pour le traitement de mon dossier.
- Je sais que mes données personnelles seront traitées pour les finalités ci-dessus, qui m'ont été expliquées par le service administratif, que les agents de l'établissement pourront y accéder lorsque cela sera nécessaire pour traiter mon dossier et que mes données pourront être échangées avec d'autres intervenants listés ci-dessus pour le traitement de mon dossier et j'y consens.
- Le présent consentement est valide tant et aussi longtemps que j'aurai recours aux services de l'établissement.
- Je comprends également que je ne suis pas obligé(e) de donner ce consentement et que je peux le retirer par écrit en tout ou en partie et ce, en tout temps.

Signatures

Le résident

Le représentant légal

ANNEXE 7

Etat des lieux d'entrée et de sortie

| Nom du résident : | | | | | | |
|--------------------------|-----------------|---------|------------------------------|----------------|---------|-------|
| Site : | | | Date de réalisation entrée : | | | |
| Chambre : | | | Date de réalisation sortie : | | | |
| Désignation | Etat à l'entrée | | | Etat au départ | | |
| | Bon | Correct | Abimé | Bon | Correct | Abimé |
| Lit | | | | | | |
| Table de nuit | | | | | | |
| Adaptable | | | | | | |
| Commode | | | | | | |
| Placard | | | | | | |
| Fauteuil de repos | | | | | | |
| Chaise | | | | | | |
| Téléphone | | | | | | |
| | | | | | | |
| Murs | | | | | | |
| Commentaires : | | | | | | |
| _____ | | | | | | |
| _____ | | | | | | |
| _____ | | | | | | |
| Salle de bain | | | | | | |
| Commentaires : | | | | | | |
| _____ | | | | | | |
| _____ | | | | | | |
| _____ | | | | | | |

Remise des clés au résident

La clé de la chambre a été remise le _____ .

La clé a été rendue le _____ .

Le résident a été informé qu'en cas de perte le remplacement de la serrure complète lui sera facturé.

Le résident

**La personne ayant
participé à l'état de lieux**

**L'agent ayant réalisé
l'état des lieux**

Nom et signature

Nom et signature

A l'arrivée

Au départ

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

ANNEXE 7

Contrôle de l'espace privatif

Cette annexe est rédigée en conformité avec le décret n°2025-1395 du 29 décembre 2025 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et l'article L. 313-13-1 de ce même Code.

L'établissement informe le résident que :

- sa chambre (et les espaces privatifs qui y sont rattachés) constitue un espace privatif relevant de sa vie privée ;
- l'accès à cet espace à des fins de contrôle (sécurité, hygiène, inspection, audit, contrôle administratif) ne peut intervenir qu'avec son accord préalable, sauf situation d'urgence ou de danger immédiat.

Les actes d'accompagnement quotidien, de soins ou les interventions réalisées à la demande ou avec la présence de la personne ne constituent pas des contrôles.

J'autorise les autorités et l'établissement à accéder à mon espace privatif à des fins de contrôle, dans le respect de mon information préalable.

Je n'autorise pas les autorités et l'établissement à accéder à mon espace privatif à des fins de contrôle, hors situation d'urgence ou de danger immédiat.

Je suis informé(e) que cet accord ou ce refus peut être modifié à tout moment, par simple demande écrite ou orale, qui sera tracée dans mon dossier.

Signatures

Le résident

Le représentant légal

ANNEXE 9

Cette annexe comporte deux pages

Acte de cautionnement solidaire

Articles 228761 à 2320 du Code Civil

La caution solidaire s'adresse aux obligés alimentaires (enfants, petits-enfants, gendres ou belles-filles) et permet à l'établissement de faire appel directement à la caution dès le premier impayé, sans passer par le résident.

Ainsi, les obligés alimentaires signataires de l'acte de caution solidaire pourront être sollicités dès la première facture impayée, peu importe si le proche est insolvable ou non. Que ce soit une question d'incapacité ou d'absence de volonté de paiement de sa part, l'établissement pourra se retourner vers les signataires.

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 avoir été informée.

Nom du résident : _____

Caution 1 :

Prénoms et Nom : _____

Téléphone : _____

Portable : _____

Adresse postale : _____

Adresse électronique : _____

Caution 2 :

Prénoms et Nom : _____

Téléphone : _____

Portable : _____

Adresse postale : _____

Adresse électronique : _____

La (les) caution(s) solidaire(s) confirme(nt) la connaissance de la nature et de l'étendue de ses(leurs) obligations en signant la mention ci-après :

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

- Pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par le président du conseil départemental et révisables unilatéralement sous réserve qu'après en avoir été informé je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois ;
- Pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR du résident si ce dernier ne peut bénéficier de l'APA ;
- Pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles. »

Fait à _____ le _____

Signatures

La caution 1

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

Le directeur

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

La caution 2

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

ANNEXE 10

Ouverture de la ligne téléphonique

Chaque chambre est équipée d'un téléphone pouvant recevoir les appels entrants.

Les communications téléphoniques sortantes sont à la charge du résident. Elles sont facturées sous la forme d'un forfait de 10€ par mois.

Je soussigné(e), souhaite pouvoir passer des appels vers l'extérieur :

oui non

Signatures

Le résident

Le représentant légal

ANNEXE 11

Information sur les personnes qualifiées

Un différend ou un questionnement dans le cadre de votre accompagnement ?

Je pense que l'établissement ne m'a pas suffisamment informé(e)...



Je crains que mes Droits ne soient pas respectés...



Je ne comprends pas une décision qui s'est imposée dans mon accompagnement...



Vous pouvez faire appel à une personne qualifiée

Les personnes qualifiées sont **bénévoles** et **indépendantes**.

Elles ont une **connaissance approfondie** de l'organisation administrative et judiciaire du secteur médico-social.

Elles sont compétentes en matière de **droits sociaux**.

La personne qualifiée a un rôle de **médiateur**, de **soutien** et d'**information**.

Son intervention est **gratuite** et réalisée en toute **discrétion**.

Les personnes qualifiées habilitées pour le Département



Mme Jannick Gautier

M. Yannick Aupetit

M. Jean-Jacques Ciancia

Comment les contacter



Agence Régionale de Santé Occitanie
Délégation Départementale de Tarn-et-Garonne
Adresse : 436 rue Edouard Forestié, 82000 MONTAUBAN
Tél : 05 63 21 18 79
Email : ars-oc-dd82-direction@ars.sante.fr

Conseil départemental
Adresse : Direction de l'Autonomie, Pôle Solidarités Humaines, Hôtel du Département, Gouze – B.P. 783, 82013 MONTAUBAN CEDEX
Tél : 05 63 21 42 74
Email : service.tarification.esms@tarnetgaronne.fr

DDETSPP
Adresse : DDETSPP, 140 avenue Marcel Unal, 82000 MONTAUBAN
Tél : 05 63 22 82 00
Email : ddetspp-protec-pers-vulnerables@tarn-et-garonne.gouv.fr

ANNEXE 12

Information sur le médiateur à la consommation

Un différend ou un questionnement sur votre facturation ou l'exécution du contrat de séjour ?

Vous avez le droit de faire appel **gratuitement** à un médiateur de la consommation

Le recours au médiateur est **pris en charge par l'Ehpad public**.

L'organisme compétent est l'Association des Médiateurs Européens (AME CONSO).

Il vous accompagnera pour la **résolution** d'un litige

Le litige de consommation peut concerner les **prestations**, prévues au contrat de séjour, liées à l'hébergement et au séjour dans l'établissement (facturation, prestation d'hôtellerie...).

Comment saisir le médiateur ?

Au préalable : avoir fait une **réclamation par écrit** (courrier ou courriel) auprès du directeur de l'Ehpad public pour tenter de résoudre le litige de façon amiable.

La saisine peut être faite dans un délai **d'un an** à compter de la réclamation écrite adressée à l'Ehpad public.

La saisine du médiateur se fait par le résident ou son représentant **directement en ligne ou par courrier** :

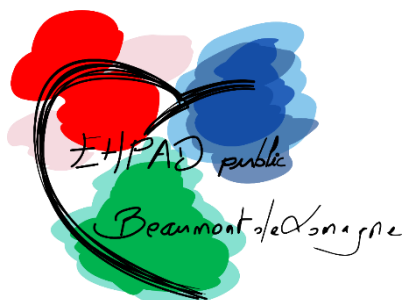
- soit en complétant le formulaire prévu à cet effet sur le site internet de l'AME CONSO : www.mediationconso-ame.com ;
- soit par courrier adressé à l'AME CONSO, 197 Boulevard Saint-Germain - 75007 PARIS.



ANNEXE 13

Liste des documents à fournir

- Copie Carte Nationale d'identité (recto/verso)
- Copie Attestation de Droits (Sécurité Sociale ou MSA)
- Copie de la Carte Vitale recto-verso
- Copie Carte Mutuelle
- Copie du Jugement (si protection Juridique)
- Copie d'avis d'imposition ou de non-imposition sur les Revenus
- Copie dernière Déclaration de Revenus Pré remplie
- Copie Livret de Famille
- Copie Extrait d'acte de Naissance
- Copie Décision d'APA au Domicile
- Relevé d'identité Bancaire pour Prélèvement Automatique
- Chèque de dépôt de garantie à l'ordre du Trésor Public
- Attestation de Responsabilité Civile (contrat habitation)
- Une photo d'identité récente (si accord droit à l'image Annexe 5)
- Enveloppes Pré Affranchies 2 Timbres Format A4 à votre adresse pour le suivi de courrier
- En cas d'hébergement temporaire : fournir une ordonnance spécifique des traitements en cours pour la durée du séjour n'ayant fait l'objet d'aucune délivrance antérieure par une pharmacie. Cette ordonnance doit être fournie le lundi précédent la date d'entrée



Ehpad public de Beaumont de Lomagne

BP 53

82 500 Beaumont de Lomagne

Les Cordeliers

10, rue Despeyrous

Daudignon

10 bis, rue Mauran

05 63 26 15 30

www.ehpad-public-beaumont.com