ANNEXES AU CONTRAT DE SEJOUR

Centre de Gériatrie « Le Molinel »
Rue Salvador Allende – BP 165
59244 WASQUEHAL
Tel : 03.20.89.65.65 - Fax : 03.20.89.65.68
E.mail : direction@ch-wasquehal.fr

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR POUR
UNE ADMISSION EN USLD OU EN EHPAD

☐ Dossier de demande d'admission en établissement d'hébergement pour personne âgée

☐ Dossier médical de pré-admission complété et signé par le médecin traitant ou hospitalier

☐ Contrat de séjour signé

☐ Copie du ou des livrets de famille ou extrait d'acte de naissance avec mentions marginales

☐ Copie de la carte d'identité ou de la carte de séjour en cours de validité pour les étrangers

☐ Attestation de Sécurité Sociale ☐ Carte de mutuelle

☐ Montant mensuel des cotisations Mutuelle

☐ Attestation CAF (allocation logement, …) ☐ Notification APA s'il y a lieu

☐ Justificatifs de pensions (du couple si conjoint à domicile)

☐ Les deux derniers avis d'imposition, la déclaration fiscale de l'année en cours

☐ Les justificatifs des comptes bancaires (6 derniers mois), les diverses épargnes (si pas : déclaration sur l'honneur de non possession), les emprunts et les dettes en cours

☐ Un RIB

☐ Copie du jugement ou de l'ordonnance pour les personnes sous protection juridique

☐ Les noms, adresses et coordonnées téléphoniques de tous les enfants (annexe n°7)

☐ Nom et adresse du notaire pour les propriétaires (annexe n°9)

☐ La caution solidaire signée par chaque obligé alimentaire (annexe n°6)

☐ Les 2 derniers avis d'imposition des obligés alimentaires

☐ Dispositions de fin de vie (copie contrat d'obsèques, …)

Selon le mode de financement (Seul ou avec l'aide sociale) :

Payant seul :

☐ L'engagement de payer signé par le résident ou son représentant légal (annexe n°3)

Demande d'aide sociale :

☐ L'accusé de réception de la demande d'Aide Sociale délivré par le CCAS de la commune du domicile du résident

☐ L'engagement de reversement des pensions dans l'attente de l'aide sociale (annexe n°4)

☐ L'autorisation de versement des pensions pour chaque pension (annexe n°5)

Annexe 1

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

LES TARIFS USLD ET EHPAD

TARIFS EHPAD

Tarif hébergement + de 60 ans : au 1er Avril 2019 :	69,82€
Tarif hébergement - de 60 ans : au 1er Avril 2019 :	83,88 €
Tarifs dépendance : au 1er Avril 2019 :	
Personnes classées en Groupe Iso Ressources 1 et 2 :	23,69 €
Personnes classées en Groupe Iso Ressources 3 et 4 :	15,03 €
Personnes classées en Groupe Iso Ressources 5 et 6 :	6,38€

- ***Tarif hébergement + de 65 ans + Ticket modérateur dépendance GIR 5/6 : 76,20*** €
- ***30 jours = 2 286 €/ 31 jours = 2 362,20 €/ Moyenne mensuelle = 2 324,1 €***

TARIFS USLD

Tarif hébergement + de 60 ans : au 1er Avril 2019 :	69,82 €
Tarif hébergement - de 60 ans : au 1er Avril 2019 :	92,96 €
Tarifs dépendance : au 1er Avril 2019 :	
Personnes classées en Groupe Iso Ressources 1 et 2 :	24,65 €
Personnes classées en Groupe Iso Ressources 3 et 4 :	15,65 €
Personnes classées en Groupe Iso Ressources 5 et 6 :	6,63€

- ***Tarif hébergement + de 65 ans + Ticket modérateur dépendance GIR 5/6 : 76,45*** €
- ***30 jours = 2 293,50 €/ 31 jours = 2 369,95 €/ Moyenne mensuelle = 2 332 €***

Tarifs des prestations servies aux accompagnants : au 1er janvier 2019 :

Nuit et petit déjeuner :	14,47 €
Déjeuner ou dîner classique	8,98 €
Déjeuner ou dîner festif :	15,03€
Dîner ou déjeuner enfant – 12 ans :	7,29 €

Demande de dossiers médicaux : ***au 1er janvier 2019***

Tarif de reproduction (la copie) ***:***	0,06 €
Frais d'expédition :	tarif en vigueur au moment de l'envoi

Annexe 2

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

ENGAGEMENT DE PAYER LES FRAIS DE SEJOURS

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ……

Demeurant, ……
……

☐ M'engage à régler mes frais de séjours en EHPAD ou en USLD

☐ M'engage à régler les frais de séjours en EHPAD ou en USLD, de :

Madame ou Monsieur : …….

En qualité de :

- ☐ Conjoint
- ☐ Enfant
- ☐ Représentant légal

Les frais de séjours se composent :

- Du forfait hébergement :
  - **69,82 €** par jour en EHPAD
  - **69,82 €** par jour en USLD

- Du tarif dépendance correspondant au ticket modérateur (GIR 5/6) :
  - **6,38 €** par jour en EHPAD
  - **6,63 €** par jour en USLD

  - **Soit, 76,20 € par jour au 1er Avril 2019 en EHPAD**
  - **Soit, 76,45 € par jour au 1er Avril 2019 en USLD**

Ces tarifs sont révisables chaque année.
Le montant de ces frais sera versé chaque mois au Trésorier Principal de Wasquehal.

Lu et approuvé,

Wasquehal le,

SIGNATURE

Annexe 3

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

ENGAGEMENT DE REVERSEMENT DES PENSIONS DANS L'ATTENTE D'UNE DECISION D'AIDE SOCIALE

Pour la période transitoire allant de la date d'entrée dans l'Etablissement ou de la demande d'Aide Sociale à la date de décision de la prise en charge à l'Aide Sociale par le Conseil Départemental,

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ……

- ☐ Résident
- ☐ Parent : Lien de parenté ……
- ☐ Représentant légal ……

M'engage à reverser à la Trésorerie Principale de TOURCOING, les pensions de :

Madame, Monsieur : ……

Nom de la Pension	**Montant mensuel**	**90% du montant**
TOTAL Pensions		
Montant de la mutuelle		
90% Pensions-mutuelle		

Je m'engage à reverser à l'Etablissement 90% de mes pensions jusqu'à la réception de la décision de la prise en charge au titre de l'aide sociale, soit, la somme de **€** à compter du ……., et ce, jusqu'à la décision d'aide sociale. Ce reversement ne donne pas lieu à une facture, il est à effectuer chaque mois.

Fait à Wasquehal, le ……

SIGNATURE

* Document signé par l'intéressé ou son représentant légal

Annexe 4

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

AUTORISATION DE VERSEMENT DES PENSIONS

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ……

Hébergé(e) au titre des articles L 132-4 et L 142-1 du code de l'action sociale et des familles (Loi 86-17 du 06 Janvier 1986),

au Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal
BP 165
2, rue Salvador Allende
59444 WASQUEHAL Cedex

autorise (Nom de la Caisse de retraite) …… à verser ma pension entre les mains du Comptable de l'établissement.

N° de pension : …….

Fait pour valoir ce que de droit

Fait à ……., le ……

SIGNATURE

(Document à compléter pour chaque caisse de retraite)

Annexe 5

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

Articles 2287-1 à 2320 du Code Civil

Caution signataire du présent engagement :

NOM marital : …….…… NOM de jeune fille : ……..……..……
PRENOM(S) :……
ADRESSE : ……
……

Date et signature du Contrat de Séjour : .....
Nom du résident : .....

A la date de la signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de : 76,20€/jour
Somme en toutes lettres : .....Soixante-seize euros et vingt centimes.....

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du conseil Départemental.

Après avoir pris connaissance du Contrat de Séjour le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage, à ce titre, au profit de l'Etablissement, à satisfaire aux obligations du résident qui résultent du Contrat de Séjour pour le paiement :

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

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

La présente caution est souscrite au profit de l'Etablissement 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.

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

Je me porte caution solidaire sans bénéfice de division ni de discussion pour les obligations nées au cours de l'exécution du Contrat de Séjour et résultant de ce Contrat de Séjour dont j'ai reçu un exemplaire :

- pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par le Président du Conseil Général et révisables unilatéralement sous réserve qu'après en avoir été informé je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois,

- pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR du résident si ce dernier ne peut bénéficier de l'APA,

- pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles.

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

Mention manuscrite de la caution :

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

Fait à ..... le .....
en deux exemplaires originaux, dont un pour chaque partie.

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

Le Représentant de l'Etablissement
Signature précédée de la mention manuscrite
« lu et approuvé, bon pour acceptation »

Annexe 6

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

ADRESSE DES ENFANTS/OBLIGES ALIMENTAIRES

1) **Madame, Monsieur**, ……

Adresse : ……

N° de téléphone ……/……

2) **Madame, Monsieur**, ……

Adresse : ……

N° de téléphone ……/……

3) **Madame, Monsieur**, ……

Adresse : ……

N° de téléphone ……/……

4) **Madame, Monsieur,** ……

Adresse : ……

N° de téléphone ……/……

5) **Madame, Monsieur**, ……

Adresse : ……

N° de téléphone ……/……

6) **Madame, Monsieur,** ……

Adresse : ……

N° de téléphone ……/……

Merci de noter les coordonnées sur une feuille vierge des autres enfants s'il y en a plus que 6.

Annexe 7

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

INFORMATION RELATIVE A L'ENVOI DES COURRIERS

Monsieur / Madame : …….....

Atteste autoriser :

Monsieur et ou Madame : ……..

Lien de parenté : ……..

Demeurant : ……...

……...

Adresse mail : …….

- ❒ A recevoir les factures liées à mon séjour au Centre de Gériatrie
- ❒ A recevoir tous les courriers concernant la vie de l'établissement (informations, invitations, …)

Si du courrier arrive à l'établissement à mon attention, je souhaite que

- ❒ M. ou Mme …… vienne le retirer à l'accueil
- ❒ que le courrier soit renvoyé avec la mention « faire suivre » à M. ou Mme ….....

Wasquehal, le ……

Signature du Résident ou
de son représentant légal

Annexe 8

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

ADRESSE DU NOTAIRE POUR LES PROPRIETAIRES

Maître ……

Adresse : ……

……

N° de téléphone : ……/……

Annexe 9

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

INFORMATION DEPÔT DES BIENS ET VALEURS

En application des dispositions des articles L.113-1 à L.1113-10 et R.1113-1 à R. 1113-9, du Code de la santé publique, nous vous informons des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement ainsi que sur les possibilités de dépôt de ces biens.
Les sommes d'argent, titres et valeurs, livrets d'épargne, chéquiers, carte de crédit, bijoux et objets précieux peuvent être déposés auprès du comptable public de l'établissement (Monsieur le Receveur, Comptable du Trésor Public) par l'intermédiaire du régisseur de recettes.

Les autres biens mobiliers dont la nature justifie la détention pendant le séjour, tels les objets d'usage courant, papiers d'identité, clés, etc., peuvent être déposés auprès du régisseur de recettes de l'établissement.

En aucun cas, le dépôt de bien – quelle que soit la nature des objets – n'est obligatoire. Il est toutefois vivement recommandé, la responsabilité de l'établissement ne pouvant être engagée que pour les objets ayant fait l'objet d'un dépôt (sauf pour les personnes incapables d'effectuer les formalités de dépôt lors de leur admission dans l'établissement).

Les objets abandonnés (c'est-à-dire ceux n'ayant pas fait l'objet d'un retrait ou n'ayant pas été déposés selon les formes requises) seront remis après une période d'un an à la caisse des dépôts et consignation s'il s'agit de valeurs ou au service des Domaines aux fins d'être mis en vente pour les autres biens.

Les agents du service des admissions et le régisseur de recettes de l'établissement se tiennent à votre disposition pour toutes précisions complémentaires que vous souhaiteriez obtenir.

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. …….

Certifie avoir été informé(e) des dispositions prévues aux articles L 1113-1 à L. 1113-10 et R. 1113-1 à R. 1113-9 du Code de la Santé Publique relative aux objets déposés par les patients des établissements de santé et des résidents des établissements d'hébergement.

Fait à ……., le ……

SIGNATURE

Annexe 10

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

COMPOSITION DU TROUSSEAU

POUR LES HOMMES

- 10 slips
- 10 maillots de corps (coton uniquement)
- 5 pyjamas
- 5 chemises ou polos
- 5 pantalons ou joggings
- 2 gilets et 5 pulls (sauf laine)

POUR LES FEMMES

- 10 culottes
- 10 maillots de corps, chemises de corps (coton uniquement)
- 7 chemises de nuit ou pyjamas
- 6 robes ou jupes
- 6 chemisiers ou tee-shirts (si jupes)
- 2 gilets et 5 pulls (sauf laine)

HOMMES/FEMMES

- 2 peignoirs
- 10 mouchoirs
- 2 paires de chaussons/chaussures
- 7 paires de chaussettes (bas ou collant) **à renouveler**
- Nécessaire de toilette (savon, brosse à dents, dentifrice, peigne, brosse, rasoir, mousse à raser) **à renouveler régulièrement**

Le linge est entretenu par l'établissement (sauf avis contraire du résident), aussi il est **indispensable de faire identifier par la lingerie, l'ensemble du linge** (lavé ou non par l'établissement) constituant le trousseau, dès l'entrée et tout au long du séjour.

Le jour de l'entrée, un aide-soignant et un agent du service hôtelier réalisent l'inventaire et acheminent les effets propres en lingerie afin qu'ils soient identifiés. **Le linge apporté au cours du séjour doit être également amené par la famille à la lingerie pour identification**. La lingère située au 1er étage près du restaurant des résidents est à la disposition des familles. Il est possible de prendre contact avec elle, au poste **6130 de 9h à 16h30**.

Le linge non identifié ne sera pas restitué en chambre, il restera en lingerie. Le résident ou sa famille devra se déplacer pour l'identifier et le récupérer.

Attention, certains textiles ne sont pas adaptés au lavage industriel (thermolactyl, vêtements contenant de la laine, lin, soie, …).

La responsabilité de l'établissement ne peut être engagée en cas de perte ou de détérioration du linge si ces consignes ne sont pas respectées.

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

Information sur la personne de confiance

La loi du 4 mars 2002 a introduit la notion de personne de confiance. Il s'agit d'une mesure innovante permettant à toute personne majeure de désigner une personne de confiance habilitée à être informée et consultée lorsque le patient se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté et à l'accompagner durant son séjour à l'hôpital.

1. **Quelles sont les missions de la personne de confiance ?**
   La personne de confiance est l'interlocuteur légitime du personnel médical. La loi lui confie deux missions spécifiques :
   - Elle doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et ne peut plus recevoir l'information. Dans ce cas, la personne de confiance ne se substitue pas au patient, mais elle oriente le praticien afin d'adapter aux mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et des convictions du patient ;
   - Elle peut accompagner le patient et l'aider à prendre une décision quand ce dernier est lucide et le souhaite. Le secret médical est dans ce cas partagé car la personne peut être amenée à assister aux entretiens médicaux.
   - La personne peut accompagner le patient, sur demande de celui-ci, lors de la consultation de son dossier. La personne de confiance ne dispose cependant pas d'un droit d'accès au dossier médical du patient.

2. **Qui peut désigner une personne de confiance ?**
   - **La personne majeure**
     Seul un patient majeur peut désigner une personne de confiance. Le patient qui ne bénéficie pas de son entière lucidité ne peut désigner une personne de confiance et cette inaptitude doit être tracée.
   - **La personne sous curatelle**
     Elle peut faire le choix d'une personne de confiance qui peut être différente de son curateur.
   - **La personne sous tutelle**
     Lorsque le patient est placé sous tutelle, il n'a pas la possibilité de désigner une personne de confiance.

3. **Qui peut être désigné comme personne de confiance ?**
   Il s'agit d'une personne librement choisie par le patient dans son entourage et en qui il a toute confiance (parent, proche ou médecin traitant). La désignation de la personne de confiance n'est pas une obligation mais un droit pour le patient.

4. **Comment désigner une personne de confiance ?**
   La désignation de la personne de confiance s'effectue par écrit. Ce document doit préciser les noms, prénoms, adresse et moyen de joindre la personne de confiance, des imprimés sont prévus à cet effet.
   La désignation de la personne de confiance dure le temps du séjour au Centre Hospitalier.

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L 1111-6 du code de la Santé Publique)

Je soussigné(e)[1],

NOM ……

PRENOM : ……

DATES et LIEU DE NAISSANCE : ……..

☐ Souhaite désigner la personne de confiance suivante :

NOM, PRENOM : ……

ADRESSE : ……

TELEPHONE : ……

➔Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en capacité de m'exprimer : oui ☐ non ☐

➔Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui ☐ non ☐

Fait à …… le ……

Signature du patient **Signature de la personne de confiance**

☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas en désigner sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à …….. le ……

Signature du patient

☐ Les troubles cognitifs de M……. ne lui permettent pas de désigner une personne de confiance

le …… Dr ……

[1] patient ou résident

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE

Je soussigné(e),

NOM ……

PRENOM : ……

❒ **autorise** par la présente, Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal à publier, exposer ou diffuser une photographie me représentant dans les parutions ou publications suivantes :

- ☐ Livret d'accueil
- ☐ Site Internet
- ☐ Page Facebook de l'établissement
- ☐ Journal ou revue interne
- ☐ Autres (à préciser) ……

Durée de conservation : (cocher la case correspondante)

☐ Illimitée

OU

☐ Jusqu'à mon départ de l'établissement

Elle pourra être révoquée à tout moment.

La présente autorisation est personnelle et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés ci-dessus. Elle est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

❒ **n'autorise pas** la diffusion de mon image

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

SIGNATURE