

TARIFS HEBERGEMENT AU 1^{er} Janvier 2020

Les tarifs journaliers sont proposés par le Conseil d'Administration de l'établissement mais ils résultent d'une décision des autorités de tarification (Conseil Départemental du Cher).

Ils s'imposent à l'établissement.

	HEBERGEMENT	DEPENDANCE	PRIX DE JOURNEE
GIR 1 et 2	65.00 €	22.64 €	87.64€
GIR 3 et 4	65.00 €	14.37 €	79.37 €
GIR 5 et 6	65.00 €	6.10 €	71.10 €

Prix de journée hébergement des résidents de – 60 ans : 83.32 €

Minimum Social mensuel :

108 € (argent de poche pour les résidents bénéficiant de l'aide sociale)

Forfait Hospitalier :

- CENTRE HOSPITALIER GENERAL : 20 € /jour
- CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE : 15.00 € /jour

Tarif repas famille ou visiteurs :

Semaine (Lundi à Vendredi) : 9.80 €

Samedi, Dimanche et jours fériés : 12.34 €

Suite Annexe 2 au contrat de séjour

CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

Hospitalisation :

Pendant une durée maximale de 30 jours par année civile, la facturation s'établit ainsi :

- une tarification définie au paragraphe 4.1 et 4.2, diminuée du forfait hospitalier, (Annexe N° 2) à partir de 72 heures d'absence
- à partir du 31^e jour, la facturation d'hébergement n'est plus minorée.

Absences pour convenances personnelles :

Les absences supérieures à 24 heures sont décomptées dans la limite de 30 jours par année civile.

Au-delà des 30 jours, la tarification définie aux paragraphes 4.1 et 4.2 s'applique.

Au-delà du 36^{ème} jour, les frais de séjour sont facturés en totalité au bénéficiaire de l'aide sociale.

D'autres modalités peuvent être prévues par le règlement départemental d'aide sociale et s'imposent à l'Etablissement comme aux résidents accueillis.

Facturation de la dépendance en cas d'hospitalisation ou d'absence pour convenance personnelle :

Les modalités sont prévues par le règlement départemental d'aide sociale et s'imposent à l'Etablissement comme aux résidents accueillis.

Le tarif dépendance n'est plus facturé dès le premier jour d'absence.

Facturation en cas de résiliation du contrat :

En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à échéance du préavis d'un mois.

En cas de décès, la tarification prévue cesse au jour du décès.

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.

En application de l'article R 314-114 du Code de l'Action Sociale et des Familles (C.A.S.F.), les frais de séjour sont payables mensuellement au Centre des Finances Publiques de Sancoins (Trésorerie Principale de Sancoins) et à terme à échoir, et ce, pour tous les nouveaux résidents à compter du 1^{er} Avril 2015.

ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

Conformément aux articles 2011 à 2043 du Code Civil
(Document à établir en deux exemplaires originaux)

NOM et Prénom du Résident :

Caution signataire du présent engagement :

NOM : Prénom :

Domicile :

Date et signature du contrat de séjour :

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

.....
(somme à écrire en toutes lettres)

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

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

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

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

La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main (sur les deux originaux) la mention ci-après :

« Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion ni de division pour les obligations nées au cours de l'exécution du contrat de séjour et résultant de ce contrat de séjour et du règlement de fonctionnement dont j'ai reçu copies,

- *Pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général et révisables unilatéralement sous réserve qu'après en avoir été informé, je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois,*
- *Pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR de la personne âgée si cette dernière ne peut bénéficier de l'APA,*
- *Pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles.*

E.H.P.A.D REVENAZ

4 BOULEVARD REVENAZ

18150 LA GUERCHE-SUR-L'AUBOIS

☎ : 02.48.74.00.50 - 📠 : 02.48.74.02.04

✉ : MR.LA.GUERCHE@WANADOO.FR

🌐 : WWW.EHPADLAGUERCHE.FR

**ETAT DES LIEUX**
 Entrée, le : ___/___/___ ou Sortie, le : ___/___/___

Le présent état des lieux est établi contradictoirement entre les parties qui le reconnaissent, fait partie intégrante du contrat de séjour dont il ne peut être dissocié.

L'EHPAD - BAILLEUR : EHPAD REVENAZ

ADRESSE DES LOCAUX : 4, boulevard Revenaz – 18150 LA GUERCHE-SUR-L'AUBOIS

LE RESIDENT-LOCATAIRE : Monsieur Madame _____

Adresse : _____

_____ CP VILLE : _____

Né(e) le _____ à _____

SITUATION, DESIGNATION ET CONSISTANCE DES LOCAUX :

Chambre n° _____ comprenant : 1 chambre et 1 salle d'eau-WC

Nombre de clés remises : _____

 Nombre de radiateur(s) : _____

CHAMBRE	A L'ENTREE					A LA SORTIE				
	Très bon état	Bon état	Etat moyen	Mauvais état	Commentaires	Très bon état	Bon état	Etat moyen	Mauvais état	Commentaires
Murs										
Sols										
Plafond										
Portes, menuiserie										
Fenêtres (vitres, volets)										
Electricité (lumière, prises...)										
Chauffage, tuyauterie										
Télécommandes										
Crochets 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>										
Rideaux										
Plinthes										
Balcons										
	A L'ENTREE					A LA SORTIE				

Annexe 4 au Contrat de Séjour

SALLE D'EAU-WC					Commentaires					Commentaires
	Très bon état	Bon état	Etat moyen	Mauvais état		Très bon état	Bon état	Etat moyen	Mauvais état	
Murs										
Sols										
Plafond										
Portes, menuiserie										
Electricité (lumière, prises...)										
Chauffage, tuyauterie										
Ventilation										
Lavabo										
Douche										
WC										

EQUIPEMENT	A L'ENTREE					Commentaires	A LA SORTIE					Commentaires
	Très bon état	Bon état	Etat moyen	Mauvais état	Très bon état		Bon état	Etat moyen	Mauvais état			
Lit												
Chevet												
Bureau												
Chaise												
Fauteuil												
Chiffonnier												
Dressing												
Support mural téléviseur												
Téléphone												
Tableau + 8 aimants												
Frigo												

ENTREE : Fait et signé à _____ en _____ originaux dont un remis à chacune des parties qui le reconnaît.

LE BAILLEUR

Signature précédée de la mention manuscrite "certifié exact"

LE LOCATAIRE OU SON REPRESENTANT

Signature précédée de la mention manuscrite "certifié exact"

SORTIE : Fait et signé à _____ en _____ originaux dont un remis à chacune des parties qui le reconnaît.

LE BAILLEUR

Signature précédée de la mention manuscrite "certifié exact"

LE LOCATAIRE OU SON REPRESENTANT

Signature précédée de la mention manuscrite "certifié exact"

EFFETS DE TOILETTE	QUANTITE DEMANDEE	DATE D'ENTREE	DATE	DATE
Boîte pour appareil dentaire (si nécessaire)	1			
Brosse à dents	1			
Crème adhésive dentaire + comprimés dentaires	1			
Coupe-ongles	1			
Eau de Cologne	1			
Mouchoirs en papier				
Peigne - Brosse à cheveux	1			
Rasoir électrique, mécanique ou jetable (selon habitude)	1			
Gel, mousse ou crème à raser	1			
Sac de voyage (en cas d'hospitalisation)	1			
Savonnettes + boîte à savon	3			
Gel douche				
Shampooing (flacon)	1			
Thermomètre	1			
Trousse de toilette	1			
Autres :				

A RENOUELER REGULIEREMENT

EFFETS DE TOILETTE	QUANTITE DEMANDEE	DATE D'ENTREE	DATE	DATE
Boîte pour appareil dentaire (si nécessaire)	1			
Brosse à dents	1			
Crème adhésive dentaire + comprimés dentaires	1			
Coupe-ongles	1			
Eau de Cologne ou parfum ou eau de toilette	1			
Mouchoirs en papier				
Peigne - Brosse à cheveux	1			
Rasoir électrique, mécanique ou jetable (selon habitudes)	1			
Gel, mousse, ou crème à raser	1			
Sac de voyage (en cas d'hospitalisation)	1			
Savonnettes + boîte à savon	3			
Gel douche	1			
Shampooing (flacon)	1			
Thermomètre	1			
Trousse de toilette	1			
Autres :				

A RENOUELER REGULIEREMENT

EFFETS DE TOILETTE	QUANTITE DEMANDEE	DATE D'ENTREE	DATE	DATE
Boîte pour appareil dentaire (si nécessaire)	1			
Brosse à dents	1			
Crème adhésive dentaire + comprimés dentaires	1			
Coupe-ongles	1			
Eau de Cologne ou parfum ou eau de toilette	1			
Mouchoirs en papier				
Peigne - Brosse à cheveux	1			
Rasoir électrique, mécanique ou jetable (selon habitudes)	1			
Gel, mousse, ou crème à raser	1			
Sac de voyage (en cas d'hospitalisation)	1			
Savonnettes + boîte à savon	3			
Gel douche	1			
Shampooing (flacon)	1			
Thermomètre	1			
Trousse de toilette	1			
Autres :				

A RENOUVELER REGULIEREMENT

EFFETS DE TOILETTE	QUANTITE DEMANDEE	DATE D'ENTREE	DATE	DATE
Boîte pour appareil dentaire (si nécessaire)	1			
Brosse à dents	1			
Crème adhésive dentaire + comprimés dentaires	1			
Coupe-ongles	1			
Eau de Cologne	1			
Mouchoirs en papier				
Peigne - Brosse à cheveux	1			
Rasoir électrique, mécanique ou jetable (selon habitude)	1			
Gel, mousse ou crème à raser	1			
Sac de voyage (en cas d'hospitalisation)	1			
Savonnettes + boîte à savon	3			
Gel douche				
Shampooing (flacon)	1			
Thermomètre	1			
Trousse de toilette	1			
Autres :				

A RENOUELER REGULIEREMENT

LISTE DES PROFESSIONNELS LIBERAUX INTERVENANT A L'EHPAD REVENAZ

Le Résident conserve le libre choix du professionnel.

Médecins :

- Docteur JAME : 02-48-74-74-74 LA GUERCHE-SUR-L'AUBOIS
- Docteur ROUANET : 02-48-74-00-00 SANCOINS
- Docteur DERIMAY : 02-48-74-91-52 NERONDES
- Docteur GUILLAUME : 02-48-74-74-74 LA GUERCHE-SUR-L'AUBOIS

Kinésithérapeute :

- M. BOURGUET Thomas : 02-48-77-05-93 LA GUERCHE-SUR-L'AUBOIS

Pharmacien:

- Mme GAUTIER : 02-48-74-00-60 LA GUERCHE-SUR-L'AUBOIS

Pédicure-Podologue :

- AUFRERE Marie-Claude : 02-48-80-23-71 NERONDES
- DUPAS Renaud : 02-48-74-03-36 LA GUERCHE-SUR-L'AUBOIS
- MILLOT Caroline : 02-48-74-78-80 LA GUERCHE-SUR-L'AUBOIS

Les tarifs sont joints à présente annexe.

Opticien :

- LEROYER Marion : 02-48-76-04-94 MARSEILLES-LES-AUBIGNY

Le service administratif de l'Etablissement est à votre disposition pour vous donner les coordonnées des autres professionnels du canton.

NUMEROS DE TELEPHONE UTILES

- **Mairie** : 02-48-77-53-53
- **Trésorerie** : 02-48-74-50-77

**TARIFS PEDICURES- PODOLOGUES
2020**

Nom du Pédicure/podologue

M. DUPAS Renaud

Mme AUFRERE Marie-Claude

Mme MILLOT Caroline

Facturation selon tarif en vigueur directement auprès du résident (e).

LISTE DES INTERVENANTS A L'EHPAD REVENAZ

Le Résident conserve le libre choix du professionnel

COIFFEURS :

- JACKY COIFFURE : 02-48-74-01-07
- COURTILLAT SEVERINE : 06-77.08.96.26
- VANESSA : 06.38.55.83.47

Les tarifs sont affichés dans l'espace réservé aux deux coiffeurs intervenant sur l'EHPAD.

ASSOCIATION « LE FIL D'ARGENT » :

- Présidente, CHARRON Christine
- Trésorière, GROUX Ginette
- Bénévoles :
 - BONNOT Marie-Thérèse
 - CHARRON Christine
 - DEVEUVE Jacqueline
 - DURAND Marie
 - GAILLARD Micheline
 - GROUX Ginette
 - GENEST Danièle
 - ROUSSET Odile
 - SAUTEREAU Jacqueline
 - ANGEBault Michel

SERVICE EVANGELIQUE :

- Bénévoles Service Evangélique des Malades :
 - GROUX Ginette (responsable de l'équipe Evangélique des Malades)
 - BONNOT Marie-Thérèse
 - CHRETIEN Rachel
 - DURAND Marie
 - DRAMONT Véronique
 - PETIT Françoise
 - ROLLIN Marie-Josèphe
 - VAGNE Madile
 - DEVAUX Olivier
 - DEMESTRE Stéphane

**DECLARATION DE CHOIX DU
MEDECIN TRAITANT**

Je soussigné(e)
(nom et prénom du résident ou de son représentant légal, ou de la personne de confiance)

Bénéficiaire :
(nom et prénom du résident)

N° de Sécurité Sociale :

Déclare choisir le Médecin identifié ci-dessous comme Médecin traitant :

.....

Déclaration faite à :

Le :

Signature :

PERSONNE QUALIFIEE

Conformément à l'article L 311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles, complété par l'article R 311-1, la « Personne Qualifiée » a pour mission d'aider à faire valoir les droits du résident ou de son représentant légal.

Cette personne ne s'entend pas comme un médiateur, mais comme un défenseur.

LE CHOIX DE LA PERSONNE QUALIFIEE :

Une liste est établie conjointement par le Préfet du Département, le Directeur Régional de l'ARS et le Président du Conseil Départemental.

Le demandeur est libre de choisir la « Personne Qualifiée » de son choix sur la liste de personnes fournie par le Département.

Au jour de la rédaction de la présente annexe, et pour le département du Cher, il n'a pas été procédé à la nomination de « Personnes Qualifiées ».

COMMENT SAISIR LA PERSONNE QUALIFIEE

Le demandeur doit adresser un courrier en recommandé et accusé de réception à la fois :

- Au Conseil Départemental,
 - A la direction de l'ARS ou à la Délégation Territoriale,
- en spécifiant sur l'enveloppe « Personne Qualifiée ».

Une fois saisie, la « Personne Qualifiée » prend contact avec le résident ou son représentant légal et organise une rencontre.

LES CONDITIONS D'INTERVENTION :

Les « Personnes Qualifiées » interviennent à titre gratuit. L'Etat ou le Président du Conseil Départemental sont tenus au remboursement des frais occasionnés par la mission (déplacements, timbres, téléphone...).

Les moyens logistiques nécessaires à l'accomplissement de la mission sont mis à la disposition par la Direction de l'Action et de la Coordination gérontologiques du Conseil Départemental.

Elle permet de faire valoir les droits du résident ou de son représentant légal et notamment :

- Le respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité,
- Le libre choix entre les prestations,
- La prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité respectant un consentement éclairé,

- La confidentialité des données concernant le résident,
- L'accès à l'information, à son dossier médical, de soins, éducatif,
- L'information sur les droits fondamentaux, protections particulières légales, contractuelles et les droits de recours,
- La participation directe ou avec l'aide du représentant légal au Projet de Vie Individualisé.

LE DEROULEMENT DE LA MISSION

La « Personne Qualifiée » fixe un rendez-vous avec le résident (ou son représentant légal) dans un délai de deux mois pour clarifier le litige existant entre le résident et l'Etablissement.

Dans un second temps, elle prendra contact avec l'Etablissement pour obtenir toutes informations nécessaires sur l'objet du ou des litiges.

Elle rendra compte au bout de deux mois :

- Au demandeur (lettre recommandée avec accusé de réception),
- A l'autorité chargée du contrôle et de l'autorité judiciaire,
- A l'organisme gestionnaire ou au professionnel concerné.

Il est à noter :

Le législateur situe la personne qualifiée comme **une aide aux droits de la personne accueillie** (ou accompagnées) et non pas comme un conciliateur en lien avec l'établissement ou le service, d'où il résulte que l'information donnée par la personne qualifiée à l'organisme gestionnaire ne relève pas d'une obligation.

Si les démarches faites par la personne qualifiée n'aboutissent pas, le résident peut faire appel au défenseur des droits.

CONSENTEMENT AUX SOINS MEDICAUX

Je soussigné (e) :

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM : Né (e) le :

A

Adresse :

.....

Téléphone :

Adresse mail :

Autorise tout médecin à intervenir si mon état de santé le nécessite.

Fait à La Guerche-sur-l'Aubois, le :

Signature du résident (e) :

(ou) Signature du représentant légal :

DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné (e) :

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM : Né (e) le :

A

Adresse :

.....

Téléphone :

Désigne comme personne de confiance :

pour la durée de mon hébergement

Monsieur Madame

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM : Né (e) le :

A

Adresse :

.....

Téléphone :

Cette personne de confiance est :

Un proche Un parent Détenteur de la mesure de protection

J'ai bien noté :

- Que cette personne de confiance pourra être consultée par l'équipe soignante au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour les faire.

- Qu'à ma demande, elle m'accompagnera dans mes démarches et pourra assister aux entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions.
- Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin ne seront pas communiquées à cette personne de confiance.
- Que je peux révoquer ou changer cette désignation à tout moment et que dans ce cas je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche prévue à cet effet.
- Qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.

Fait le : Signature du résident (e) :

Cadre réservée à la personne de confiance désignée

Je soussigné (e)

NOM : PRENOM :

Certifie et accepte ma désignation en qualité de personne de confiance de la personne ci-dessus identifiée.

Fait le :

Signature de la personne de confiance désignée :

REVOCAATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) :, résident(e) à
l'EHPAD REVENAZ DE LA GUERCHE-SUR-L'AUBOIS (18150)

Né(e) le : à :

Révoque comme personne de confiance à compter du :

Nom - Prénom :

Lien avec le résident à préciser :

Né(e) le : à :

Domicile :

Date et signature du résident:

Cadre réservée à la personne de confiance révoquée

Je soussigné (e)

NOM : PRENOM :

Certifie et accepte ma révocation en qualité de personne de confiance du résident (e)
ci-dessus identifié (e).

Fait le :

Signature de la personne de confiance révoquée :

CONSENTEMENT DROIT A L'IMAGE

L'établissement porte une vraie dynamique culturelle et grâce à ces activités variées, il souhaite conserver certains moments pour garder en mémoire ces instants précieux.

Dans cette optique, la création d'un site INTERNET est envisagée au cours de l'année 2015 et permettra notamment aux familles de découvrir les différentes activités ludiques proposées. Cela permettra également de pérenniser des souvenirs basés sur le « vécu » de votre parent au sein de l'EHPAD REVENAZ et de donner toutes informations visuelles pour les personnes en recherche d'hébergement pour un de leurs proches.

Dans ce but, l'EHPAD REVENAZ photographie certaines activités, des spectacles, des animations et des moments de vie particuliers (repas à thèmes, anniversaires, promenades).

« Le droit à l'image, en tant qu'attribut de la personnalité, fait partie de la vie privée. Toute atteinte au droit à l'image constitue de ce fait une violation de la vie privée » (Extrait de l'article 9 du Code Civil).

Aussi et avant d'intégrer ces photos sur tous supports accessible au public, le consentement de la famille ou du résident est indispensable afin d'être en conformité avec la réglementation en matière de protection de la personnalité et du traitement des données.

A tout moment, cette autorisation peut être remise en cause et suspendue, de même que les images déjà affichées ou diffusées peuvent être immédiatement retirées par simple demande écrite.

Il est également rappelé que les images, les clichés sont réalisées à titre gracieux et que par ce fait aucune participation financière ne peut être demandée.

Je soussigné(e)

Accorde

N'accorde pas

L'autorisation de publier les photographies prises des résidents :

Sur le site Internet lorsqu'il sera en fonctionnement

Sur la presse locale (journaux locaux)

Sur les différents panneaux d'affichage réservés

Lors de différentes manifestations culturelles et tout autre type de manifestations organisées par l'établissement

(confirmer l'autorisation en cochant la ou les cases)

Date :

Signature :

(Faire précéder de la mention « lu et approuvé, bon pour accord »)

Personne de contact 1:

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
Tél :

Cette personne souhaite être prévenue et je souhaite qu'elle le soit :

- Dès le moment où j'irai moins bien et serai dans un état critique
- Au moment de mon décès, quelque soit l'heure du jour ou de la nuit
- Le matin, si le décès intervient la nuit

Personne de contact 2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
Tél :

Cette personne souhaite être prévenue et je souhaite qu'elle le soit :

- Dès le moment où j'irai moins bien et serai dans un état critique
- Au moment de mon décès, quelque soit l'heure du jour ou de la nuit
- Le matin, si le décès intervient la nuit

Si le résident est dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, deux personnes peuvent être témoins et attester, à la demande du résident, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Témoin 1

Témoin 2

Nom et prénom : Nom et prénom :

Qualité : Qualité :

Date : Date :

Signature :

Signature :

- Renouvellement à la fin des 3 ans (conformément à la réglementation en vigueur à la date de mise en place du document)

Document confirmé le : à :

Signature :

- Modification de mes directives anticipées

Document modifié le : à :

Modification :
.....

Signature

- Annulation de mes directives anticipées

Document annulé le : à :

Signature

Fait à : Le

Signature :

POUVOIR POUR TRANSPORT DE CORPS

A la Direction de l'EHPAD REVENAZ où son représentant, qui effectuera pour moi et en mon nom la demande de transport de corps hors de la Commune en cas d'absence de ma part dans les 10 heures qui suivent le décès de la personne désignée ci-dessous :

Suite au décès à L'EHPAD REVENAZ

de : Nom du (de la) défunt(e) et prénoms : _____

Nom de jeune fille : _____

Né (e) : [][] [][] [][][][] à : _____

Date d'entrée à l'établissement : [][] [][] [][][][]

Jé soussignée (e),

Nom : _____ Prénoms : _____

Agissant en qualité de ⁽¹⁾ : _____ du (de la) défunt(e)

Domicilié (e) à : _____ Rue et n° : _____

Vous autorise à demander le transfert vers :

la chambre funéraire de : _____

la résidence du (de la) défunt(e) (adresse) _____

la résidence de M _____ ⁽²⁾ du (de la) défunt(e)

Nom de la société de pompes funéraires que j'ai retenu : _____

(nom de la société ou de l'entreprise, son adresse, son numéro d'habilitation)

A _____ le _____
Signature

(1) Titre du demandeur ayant qualité pour pouvoir aux funérailles (parent, exécuteur testamentaire, tutelle...)

(2) Lien de parenté.

NB : Si vous souhaitez modifier ces décisions, veuillez rapidement refaire un pouvoir.

INFORMATIONS
AUX RESIDENTS, FAMILLES ET GERANTS DE TUTELLE

L'Etablissement ne dispose pas de chambre mortuaire, aussi, il vous appartient de désigner dès maintenant, le lieu où vous souhaitez que le corps du défunt soit transporté.

Vos dernières volontés peuvent également être mentionnées sur ce document, celles-ci seront impérativement suivies.

Mes dernières volontés sont les suivantes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A Le

Signature,

DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE (DIPC)

Elaboré conformément au décret N° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au DIPC
Institué par l'article L311-4 du code de l'action sociale des familles (CASF)

Préambule

Le document individuel de prise en charge est établi lors de l'admission et remis à chaque personne et, le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les quinze jours qui suivent l'admission.

Il doit être finalisé dans les 15 jours qui suivent l'admission.

Il est établi dans le cas suivant :

- **Accueil inférieur à 2 mois**

Le présent document individuel de prise en charge est établie en présence de :

Monsieur Thierry DESROLLES

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D)

4 Boulevard Revenaz – 18150 LA GUERCHE-SUR-L'AUBOIS

Dénommée ci-après : Directrice de l'établissement

Et

M Mme : Né (e) le

A

Demeurant :

Dénommée ci-après : « La personne accueillie »

Représenté par :

M Mme :

Lien de parenté :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

Dénommée ci-après : « Le représentant légal »

En présence de :

M Mme : (la personne accueillie peut être accompagnée de la personne de son choix)

Qualité :

Autres personnes présentes :

.....

.....

Date d'accueil et décision

La personne est accueillie à compter du suite à une acceptation de la

Commission Médicale d'Admission en date du

Durée

Le présent contrat est conclu pour :

- une période déterminée du au

La date d'entrée est fixée d'un commun accord entre les deux parties.

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

Article 1 : Prestations assurées par l'établissement

1.1. Prestations proposées

Afin de répondre aux besoins des résidents, l'Etablissement propose un ensemble de prestations comprenant principalement :

- L'hébergement et la pension (petit-déjeuner, déjeuner, goûter, dîner)
- La fourniture et l'entretien du linge hôtelier,
- L'entretien du linge personnel du résident,
- L'entretien de la chambre, des locaux et espaces collectifs,
- L'assistance quotidienne d'un personnel soignant en fonction du niveau de dépendance du résident,
- Les visites médicales assurées par les médecins libéraux intervenant sur l'EHPAD,
- La fourniture des produits et matériels à caractère médical ou pharmaceutique prévus à l'arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales amortissable et comprise dans le tarif journalier afférent aux soins,
- L'accueil et les animations.

Les prestations assurées par l'Etablissement sont organisées d'un commun accord avec le résident et sa famille. Les modalités de fonctionnement sont définies dans le document « Règlement de fonctionnement » joint et remis au résident avec le présent contrat.

Les tarifs résultant d'une décision des autorités de tarification (Conseil Départemental, ARS), et qui s'imposent à l'Etablissement, font l'objet d'un document annexé (**annexe 2**) au présent contrat, porté à la connaissance du résident ou de son représentant légal. Toutes modifications leur sont communiquées.

1.2. Description du logement et du mobilier fournis par l'Etablissement

L'Etablissement garantit au résident la mise à disposition d'un lit dans l'une des chambres de l'établissement qui comprend à ce jour des chambres à deux lits.

Le logement mis à la disposition du résident lui sera réservé durant toute la durée de son séjour dans l'établissement sous réserve de son accord et./ou de sa famille et de la compatibilité de son état de santé avec l'environnement proposé.

Un état des lieux est dressé à l'entrée et à la sortie du résident. Il figure en annexe du contrat (**annexe3**).

Le ménage et l'entretien général des locaux sont réalisés par les agents compétents de l'établissement.

L'ouverture d'une ligne téléphonique est possible sur demande auprès de l'accueil. Les frais d'ouverture de ligne, l'abonnement mensuel et les communications téléphoniques sont à la charge du résident.

Toutefois, en cas de changement de chambre à l'initiative de l'Etablissement, les frais du transfert de ligne téléphonique seront pris en charge par l'Etablissement (Délibération N° 13/07 du Conseil d'Administration du 19 Avril 2007).

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

Les modalités de personnalisation de la chambre sont décrites dans le Règlement de Fonctionnement propre aux usages de l'EHPAD.

1.3 Restauration

Le petit-déjeuner est servi en chambre.

Dans le cadre du projet de restructuration de l'EHPAD qui doit se finaliser début 2017, les résidents auront la possibilité de prendre leur petit-déjeuner en salle de Restaurant sauf si l'état de santé du résident justifie que les repas soient pris en chambre.

Les repas (déjeuner et dîner) sont pris dans la salle de restaurant, sauf si l'état de santé du résident, évalué par l'équipe de soins, justifie qu'ils soient pris en chambre.

Le goûter est servi en fonction du lieu où se trouve le résident (salon, salle d'animation, chambre...).

Les régimes alimentaires prescrits médicalement sont pris en compte.

Le résident peut inviter les personnes de son choix au déjeuner et au dîner (dans la limite de 3 personnes). Le prix du repas est fixé par le Conseil d'Administration de l'Etablissement et est révisé chaque année (**annexe 2**). A partir du 1^{er} janvier 2015, deux tarifs pour les invités seront indiqués : un tarif pour tous les jours de la semaine (du lundi au vendredi) et un tarif pour les samedis, dimanches et jours fériés.

Les invitations à déjeuner doivent être signalées au Secrétariat au minimum 72 heures à l'avance par téléphone.

Le règlement des repas des accompagnants s'effectue auprès de la Trésorerie de Sancoins à réception de la facture adressée au domicile.

Tout repas commandé est dû sauf en cas d'annulation effectuée au plus tard la veille dudit repas.

1.4. Le linge et son entretien

Le linge de lit et de toilette (draps et taies, serviettes de table, serviettes de toilette...) est fourni et entretenu par l'Etablissement.

Le linge personnel du résident peut être entretenu par l'établissement ou par la personne choisie par le résident ou sa famille.

Le linge personnel doit être obligatoirement et correctement identifié **dès l'entrée dans l'établissement** (étiquette cousue avec nom, prénom) et renouvelé aussi souvent que nécessaire par le résident ou sa famille et ceci pour éviter toute perte.

Il est fortement recommandé aux familles d'entretenir le linge fragile (lainage, rhovyl, soie), l'EHPAD déclinant toute responsabilité dans ce cas précis.

Dès son entrée,

- le résident doit avoir un nécessaire de toilette ainsi qu'un trousseau suffisant de vêtements constitué en fonction de ses habitudes de vie et des besoins évalués pour assurer les changes nécessaires (**cf. annexe 4**)
- de plus, il sera effectué un inventaire des effets personnels du résident (**cf. annexe 4**). Une attention particulière est demandée aux familles et/ou proches qui renouvellent, en cas de besoin, un effet personnel de bien vouloir informer le personnel soignant. Si cette information n'était pas communiquée aux équipes, l'EHPAD décline toute responsabilité.

1.5 .Animation

Chaque résident est libre d'organiser sa journée comme bon lui semble.

Des activités et des animations collectives et/ou individuelles dans l'enceinte de l'EHPAD sont proposées aux résidents plusieurs fois par semaine et sont incluses dans le tarif d'hébergement.

Des accompagnements individualisés (courriers, bibliothèque, aide à la marche, ...), sur l'extérieur peuvent être proposés.

Le résident participe aux activités et/ou animations de son choix.

L'établissement porte une vraie dynamique culturelle et grâce à ces activités variées, il souhaite conserver certains moments pour garder en mémoire ces instants précieux.

Dans cette optique, la création d'un site INTERNET est envisagée au cours de l'année 2015 et permettra notamment aux familles de découvrir les différentes activités ludiques proposées. Cela permettra également de pérenniser des souvenirs basés sur le « vécu » de votre parent au sein de l'EHPAD REVENAZ et de donner toutes informations visuelles pour les personnes en recherche d'hébergement pour un de leurs proches.

Dans ce but, l'EHPAD REVENAZ photographie certaines activités, des spectacles, des animations et des moments de vie particuliers (repas à thèmes, anniversaires, promenades). Dans ce cadre, l'annexe 14 est à compléter.

Des bénévoles participent à l'organisation d'activités d'animation. Avant d'intervenir dans l'Etablissement, ils s'engagent en signant une « Charte de bénévoles » et un « Règlement de fonctionnement ».

Toutes les activités et/ou animations collectives sont signalées par voie d'affichage.

De plus, l'animatrice, dans le cadre de l'Association « le Fil d'Argent » propose aux résidents et/ou leurs familles la possibilité d'acheter des produits de première nécessité (shampoing, savon, dentifrice, etc....) et quelques confiseries à la boutique de l'EHPAD (ouverte une fois par semaine).

1.6. Autres prestations

Le résident peut bénéficier des services extérieurs de son choix : coiffeur, pédicure, esthéticienne,....et en assurera directement le coût (famille ou tuteur le cas échéant), (**annexe 8**), liste des prestations extérieures proposées.

Toutes les prestations assurées par le personnel de l'établissement salarié ou conventionné avec l'Etablissement sont comprises dans les tarifs de l'EHPAD.

Article 2 : Missions de l'établissement

2.1. Missions

L'EHPAD « REVENAZ » a pour mission d'accueillir des personnes âgées dépendantes ou souffrant de troubles cognitifs afin de répondre à leurs besoins d'aide en s'adaptant à l'évolution de leurs capacités.

L'établissement assure de jour comme de nuit l'hébergement, la restauration, la sécurité des personnes et contribue à l'aide aux « actes essentiels de la vie » ainsi qu'à l'accompagnement et aux soins requis par le niveau de dépendance et l'état de santé de la personne âgée.

Article 3 : Objectifs fixés par l'EHPAD et pour chaque Personne accueillie

3.1. Les principaux objectifs que s'est fixé l'EHPAD REVENAZ

- Améliorer la qualité des soins,
- Individualiser les soins,
- Assurer le confort et la sécurité des résidents, des visiteurs et des personnels,
- Accompagner le résident durant son séjour dans la dignité et le respect de ses croyances.

3.2. Et pour chaque personne accueillie

- Rompre avec la monotonie et le confinement,
- Permettre ou participer à des animations collectives dans le respect de sa personnalité,
- Freiner ou interrompre le glissement vers la passivité et le désinvestissement.

Le résident recevra les prestations d'action sociale ou médico-sociale, de soins et thérapeutiques de soutien et d'accompagnement les plus adaptées dans le respect de son consentement.

La personne accueillie reconnaît avoir reçu le livret d'accueil et ses annexes.

Fait à La Guerche,
Le

La Direction de l'établissement
(ou la personne ayant reçu délégation)

en présence de la personne accueillie

ENGAGEMENT DE PAYER

Je soussigné(e)

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

M'engage à régler les frais de séjour de :

Moi-même

(1) M. Mme Melle : _____ Prénom : _____

Lien de parenté de : _____

A compter de mon (1) / son entrée à l'EHPAD REVENAZ le ____/____/____ ainsi que des autres frais éventuels à ma (1) / sa charge (frais divers : pédicure, coiffeur...) et tarifs des prestations annexes.

Je reconnais avoir été informé (e)

- Des tarifs journaliers applicables à la date du 01/01/2020 :

Tarif journalier d'hébergement : 65.00 €

- Des tarifs journaliers applicables à la date du 01/01/2020 :

Tarif journalier dépendance pour GIR 1 et 2 : 22.64 €

Tarif journalier dépendance pour GIR 3 et 4 : 14.37 €

Tarif journalier dépendance pour GIR 5 et 6 : 6.10 €

- Des dispositions de l'article L 315-16 du Code de l'action sociale et des familles selon lesquelles « les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours, s'il y a lieu, contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».
- Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par l'EHPAD REVENAZ devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal de Grande Instance de BOURGES.

Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs.

« Lu et approuvé », le ____/____/____

Signature

(1) Si le soussigné n'est pas le résident

INFORMATION SUR LE DEPOT DE VALEUR(S)

Il est conseillé à tous les résidents de ne garder ni argent, ni valeurs dans l'établissement.

En cas de vol, l'établissement ne peut être rendu responsable.

Le résident ou son représentant légal peut confier valeurs, bijoux et argent au Centre des Finances Publiques de SANCOINS.

Je soussigné (e)

NOM : _____

Prénom : _____

a pris connaissance de ces dispositions et décharge l'EHPAD REVENAZ de toute responsabilité.

Fait à _____

Le _____

Signature

INSTALLATION LIGNE TELEPHONIQUE

Si le Résident ou son représentant légal souhaite l'installation d'une ligne téléphonique, les démarches suivantes sont à effectuer :

Auprès du bureau d'accueil.

TARIFS 2020

Forfait mensuel :

- pour recevoir les appels : **9.50 €**
- pour appeler et recevoir les appels : **11.50 €**

Hors forfait : services spéciaux : **Coût réel**

Règlement :

- Terme à échoir
- Par bimestre (minimum facturable Trésorerie 15 €)
- Régularisation sur le bimestre suivant
- Au prorata du nombre de jours d'ouverture de la ligne par mois

Je soussigné (e) Monsieur Madame

NOM : _____ Prénom : _____

Entré(e) à l'EHPAD REVENAZ le _____ déclare demander l'ouverture d'une ligne téléphonique à compter du _____.

Je choisis mon forfait :

- Forfait mensuel de 9.50€ pour recevoir les appels
- Forfait mensuel de 11.50 € pour appeler et recevoir les appels

- Autorise l'établissement à communiquer mon numéro de téléphone
- N'autorise pas l'établissement à communiquer mon numéro de téléphone

Les frais de communications seront à ma charge et je réglerai les factures que m'adressera l'E.H.P.A.D.

Fait à _____

Le _____

Signature

RECUEIL DU CHOIX RELIGIEUX

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Chambre N° : _____

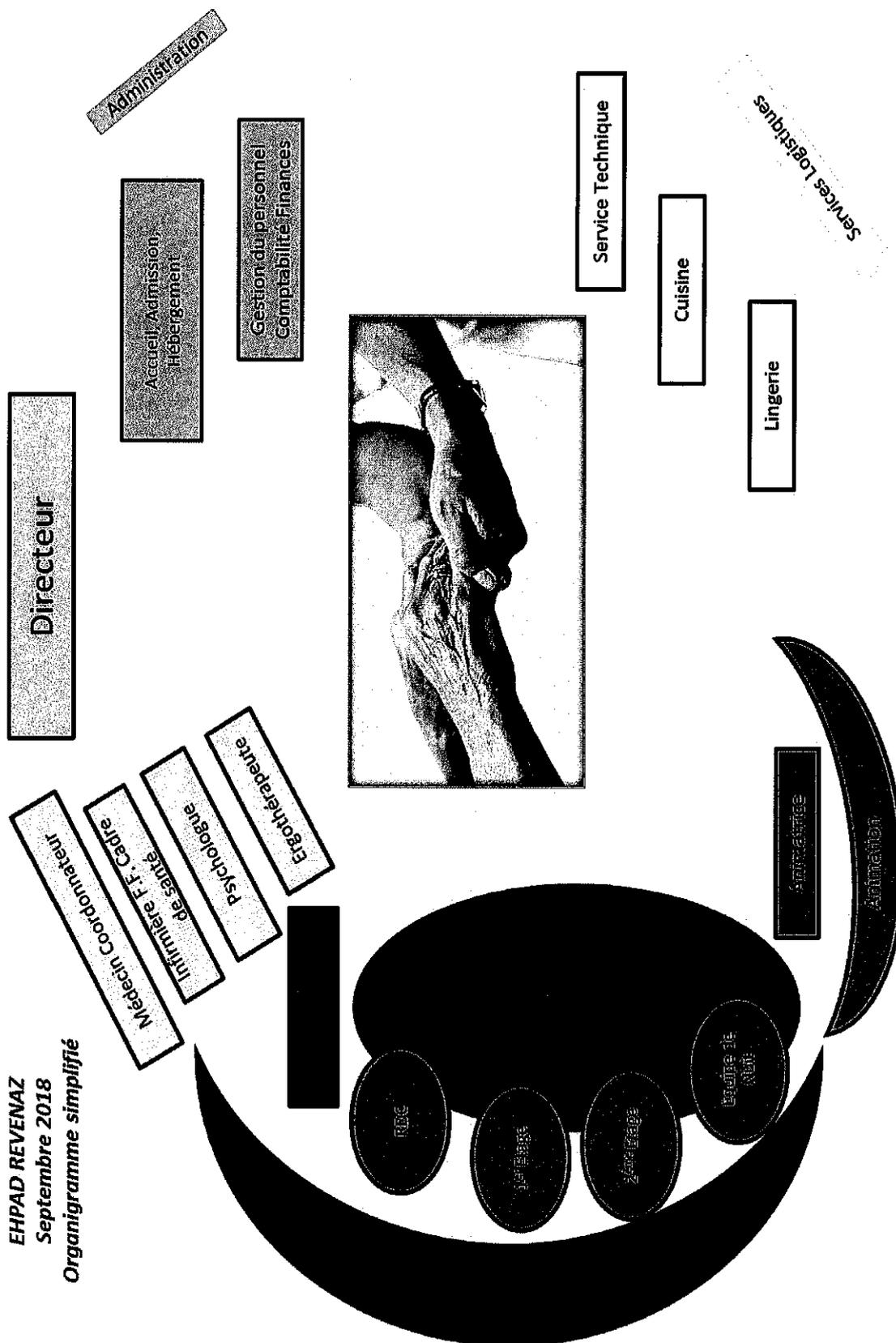
Pratique religieuse : _____

Souhaits du résident (e) : _____

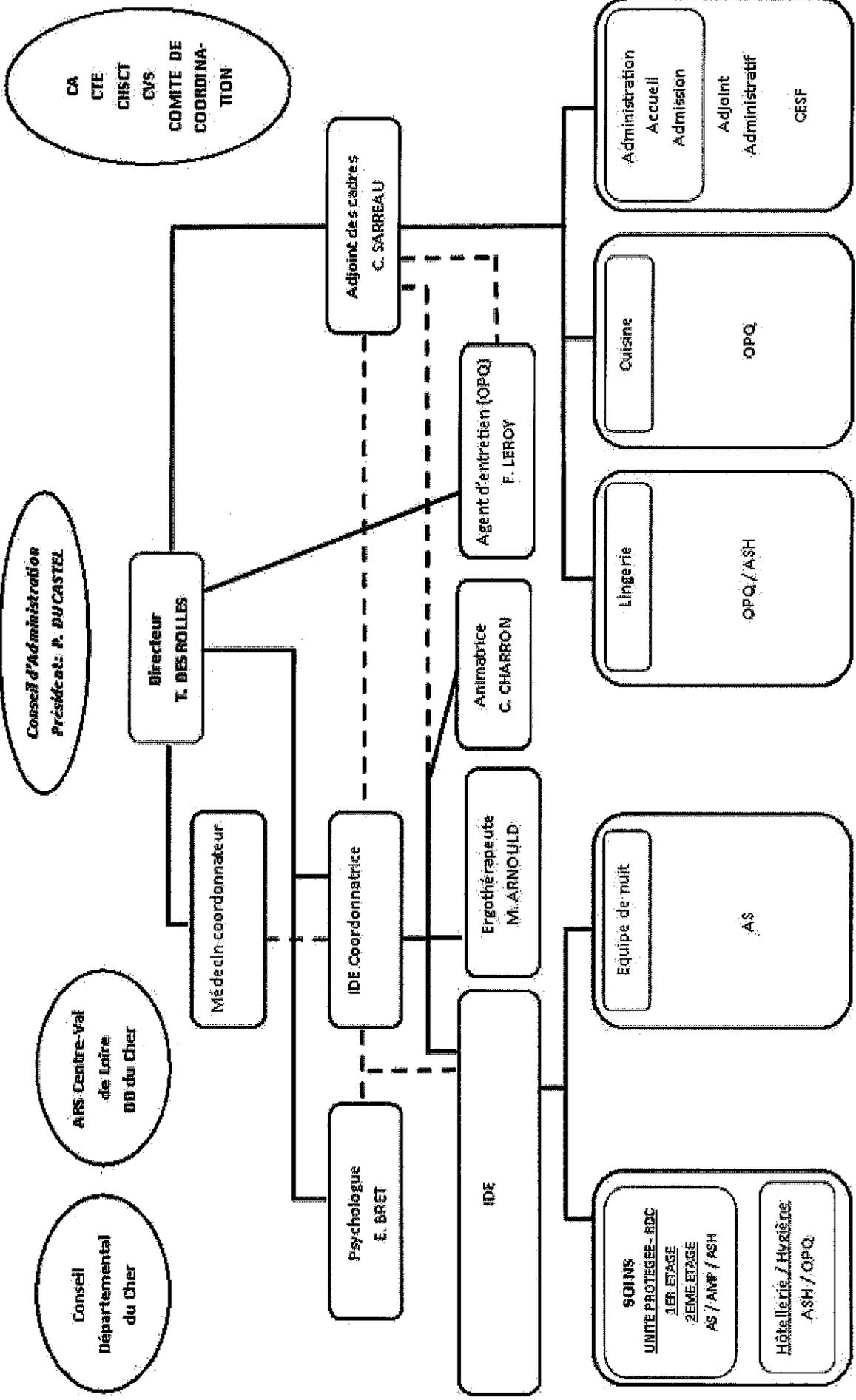
Signature du résident,

Date :

ORGANIGRAMMES DE L'ETABLISSEMENT



EHPAD REVENAZ
Septembre 2018
Organigramme simplifié



— Lien hiérarchique
- - - Lien fonctionnel

**AUTORISATION POUR DEMARCHE DOSSIER
MEDICAL PERSONNEL (DMP) : création et
droits d'accès**

RESIDENT(E) concerné(e) : _____

Ou

Monsieur ou Madame, **représentant (e) légal (e)**,
dûment désigné (e) par la mesure de protection,

Autorise

- 1) M. le Médecin Coordonnateur de l'EHPAD REVENAZ, ou tout autre professionnel habilité, à **créer mon DMP en utilisant ma carte vitale,**
- 2) **Tout professionnel de santé habilité à accéder ou à alimenter mon DMP.**

Signature du résident :

Ou Signature du représentant légal :

Date :

ANNEXE DEFINISSANT LES MESURES INDIVIDUELLES RELATIVES A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DU RESIDENT

Entre :

- L'EHPAD REVENAZ, représenté par Monsieur Thierry DESROLLES, situé 4, boulevard Revenaz - 18150 LA GUERCHE SUR L'AUBOIS Désigné ci-après « l'établissement »,

Et :

[Monsieur/Madame _____, Résident de « l'établissement »,
Désigné ci-après « le Résident » ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 311-4 et L. 311-4-1,
Il est convenu ce qui suit :

Préambule

La liberté d'aller et venir est un principe de valeur constitutionnel, qui reconnaît à l'individu le droit de se mouvoir et de se déplacer d'un endroit à l'autre. L'article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée, telle qu'introduite par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, garantit au résident le droit à son autonomie et la possibilité de circuler librement. Le législateur énonce les modalités de mise en œuvre concrète de la liberté d'aller et venir au regard notamment des nécessités liées au respect de l'intégrité physique et de la sécurité de la personne.

L'annexe au contrat de séjour mentionnée à l'article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles est un document à portée individuelle mis en œuvre seulement si la situation du résident le requiert. Elle a pour objectif d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins individuels du résident en matière de soutien de sa liberté d'aller et venir dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité. Comme le précise le législateur, les mesures envisagées ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus.

L'annexe au contrat de séjour est le fruit du travail pluridisciplinaire de l'équipe médico-sociale de l'établissement, qui s'appuie sur les données de l'examen médical du résident, dans le respect du secret médical, pour identifier les besoins du résident.

S'il le souhaite, le résident et, le cas échéant, la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique ou, après accord du résident, sa personne de confiance, peut demander, préalablement à la signature de l'annexe, à être reçu par le médecin coordonnateur ou à défaut, par une personne de l'équipe médico-sociale ayant participé à l'évaluation pluridisciplinaire ou par le médecin traitant, pour bénéficier d'explications complémentaires, notamment d'ordre médical, sur les mesures envisagées.

L'annexe est signée lors d'un entretien entre le résident et, le cas échéant, de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou en présence de sa personne de confiance, et le directeur d'établissement ou son représentant.

Article 1er - Objet de l'annexe

La présente annexe définit les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires que le médecin coordonnateur propose au directeur de l'établissement pour assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir au sein de la structure. Ces mesures sont élaborées par le médecin coordonnateur, ou à défaut le médecin traitant, et l'équipe médico-sociale de l'établissement en fonction des besoins identifiés à la suite de l'examen médical du résident et après analyse des risques et des bénéfices de ces mesures. Ces mesures sont élaborées conformément au cadre constitutionnel et légal rappelé en préambule. La présente annexe prévoit également les modalités relatives à sa durée, à sa révision et à son évaluation.

Article 2 - Equipe médico-sociale ayant participé à l'évaluation du résident

L'examen médical du résident est intervenu le _____.

Il a été réalisé par le docteur :

- _____ médecin coordonnateur de l'établissement.
- _____ médecin traitant.

L'équipe médico-sociale de l'établissement s'est réunie le _____ afin d'évaluer, avec le médecin ayant procédé à l'examen du résident, les bénéfices et risques des mesures envisagées.

Participaient à cette évaluation les personnes suivantes :

[prénom nom], [fonction] _____

[prénom nom], [fonction] _____

Le projet d'annexe au contrat de séjour a été remis par _____ au résident, à son représentant légal ou le cas échéant, à sa personne de confiance le _____.

Le résident a émis les observations suivantes : _____

Article 3 - Mesures particulières prises par l'établissement

Conformément à l'article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, « dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. »

Dans le cadre du soutien à l'exercice de la liberté d'aller et venir du résident au sein de l'établissement, l'établissement s'engage à privilégier les réponses adaptées face aux risques identifiés pour l'intégrité physique et la sécurité du résident en maintenant le contact avec lui et en l'accompagnant, autant que faire se peut, dans ses déplacements. Toutes les réponses apportées par l'établissement sont préventives.

L'établissement porte une attention particulière à la promotion de la liberté d'aller et venir du résident, quel que soit son état de santé, dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité.

Dans ce cadre, l'établissement est tenu de rechercher, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur, le consentement du résident pour la mise en œuvre de mesures visant à assurer son intégrité physique et sa sécurité dès lors qu'elles sont strictement nécessaires et proportionnées aux risques encourus.

Les mesures individuelles et applicables à la situation particulière du résident prises par l'établissement sont retracées dans le tableau ci-dessous, dans lequel le résident exprime son acceptation.

Tableau à compléter sur la base de l'évaluation pluridisciplinaire du résident

MESURES PROPOSÉES	ACCORD	ABSENCE D'ACCORD	OBSERVATIONS complémentaires

Article 4 - Durée de l'annexe

La présente annexe est conclue pour une durée de _____]. Elle peut être est révisée à tout moment et les mesures qu'elle comporte sont réévaluées au moins tous les six mois.

Article 5 - Evaluation de l'adaptation des mesures individuelles mentionnées dans l'annexe au contrat de séjour

L'établissement s'engage à procéder à une évaluation continue de l'adaptation des mesures individuelles prévues dans la présente annexe. Si l'établissement constate que les mesures prévues n'ont pas été mises en œuvre ou ne l'ont pas été d'une manière à satisfaire l'objectif qui lui était assigné, il s'engage à mettre en place toute action visant à pallier ces manquements.

Article 6 - Modalités de révision de l'annexe

Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, à la demande écrite du résident ou de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Il peut également faire l'objet d'une révision à l'initiative du directeur de l'établissement, du médecin coordonnateur ou du médecin traitant en l'absence du médecin coordonnateur.

Fait le _____

A

Madame/Monsieur _____

Signature

Monsieur T. DESROLLES
Directeur de l'Etablissement
Signature

**INFORMATION SUR LA COUVERTURE RESPONSABILITE CIVILE
DES PERSONNES AGEES HEBERGEES A TITRE PERMANENT
PAR L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER.**

La garantie "Responsabilité civile des personnes âgées" est prévue par le contrat de "Responsabilité civile hospitalière" délivré par la SHAM.

Cette garantie couvre la responsabilité civile personnelle encourue par les personnes âgées de leur propre fait, ou du fait du matériel et mobilier qu'elles peuvent détenir dans les locaux, pour les dommages causés aux tiers dans l'enceinte et à l'extérieur de l'Etablissement.

Sont par contre exclus les dommages subis ou causés aux conjoint, ascendants ou descendants, ou du fait du patrimoine personnel du pensionnaire.

Cette garantie est délivrée aux personnes âgées hébergées de manière permanente dans les services Maison de Retraite, Cure Médicale, Moyen et Long Séjour, et non aux personnes hospitalisées temporairement dans des services actifs.

En conséquence, les bénéficiaires de cette garantie n'ont nul besoin de conserver une assurance personnelle, sauf s'ils possèdent un patrimoine personnel, notamment immobilier, en dehors de l'Etablissement.

Enfin, et en cas de fugue d'un pensionnaire, la SHAM garantit à la fois la responsabilité de l'Etablissement (si une faute de service est à l'origine du dommage) et la responsabilité personnelle du pensionnaire à l'égard des tiers.

La SHAM ne délivre pas d'attestation d'assurance nominative au profit des pensionnaires.