

DOSSIER D'ADMISSION

• Documents remis à l'intéressé (e) :

Plaquette de l'Accueil de Jour
Règlement de fonctionnement
Contrat de séjour en deux exemplaires (à compléter)
Dossier unique d'entrée en établissement (à compléter)
Le droit à l'image (à compléter)
Identité de la personne concernée (à compléter)
Renseignements médicaux (à compléter)

• Prendre un rendez-vous à l'Accueil de Jour (04 98 05 18 96)

Avec tous les documents remplis et joindre les pièces suivantes :

- La photocopie du livret de famille et de la carte nationale
- L'attestation de droits de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (Sécurité Sociale)
- Copie d'affiliation à une mutuelle
- Décision du Conseil général (notification APA)
- Certificat médical précisant le régime alimentaire
- Copie de l'ordonnance si prise de médicaments dans la journée
- RIB ou RIP
- Photo d'identité
- Attestation d'assurance responsabilité Civile

*S'assurer que la demande de révision du plan d'aide a bien été faite
auprès du Conseil Départemental du Var*

• Rendez-vous, au dépôt du dossier, avec le psychologue de l'Accueil de Jour



Centre Intercommunal d'Action Sociale
Accueil de Jour de Brignoles

RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Conforme au décret 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L311-7 du code de l'action sociale et des familles

L'objet de l'accueil de jour thérapeutique est d'offrir aux personnes âgées valides et aussi à celles en perte d'autonomie, souffrant de maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, un ensemble de services leur permettant de vivre un moment de leur journée dans le bien-être, la sécurité, le respect de leur dignité et de leur vie privée.

Cette perspective entraîne un grand nombre de libertés. La vie en collectivité et le caractère privé de l'accueil de jour thérapeutique entraînent certains impératifs.

Pour faciliter l'accompagnement, une personne référente est désignée pour chaque personne accueillie, il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un proche, d'un aidant professionnel ou du représentant légal.

La durée du séjour peut aller d'une journée à plusieurs jours. En sachant que le Conseil Départemental ne financera dans le cadre du plan d'aide que 90 jours pour une année.

Article 1 – l'admission

Critères d'admission :

- être âgé de plus de 60 ans et présenter des pathologies diagnostiquées de type maladie d'Alzheimer ou apparentées (stade léger à modéré, ou exceptionnellement après la décision de l'équipe pluridisciplinaire), stable sur le plan médical, physiquement autonome et vivant à domicile avec ou sans appareillage, sauf cas de mise en danger d'autrui.
- Etre en degré de dépendance 2, 3, 4, 5, évalué selon la méthode de la grille AGGIR.

Entretien préalable :

La personne intéressée par une prise en charge est reçue avec l'aidant afin d'être informée sur le fonctionnement de l'accueil de jour, ainsi que sur les critères d'admission.

Consultation de pré-admission :

Cette consultation permet d'aborder la pathologie avec la personne et ses proches, son évolution et son retentissement sur l'entourage, et de recueillir les attentes de chacun.

Elle permet de mettre en place un programme adapté, défini en partenariat avec la personne accueillie, sa famille et les professionnels de la structure.

En cas de refus d'admission formulé par le psychologue gérontologue, le motif sera explicité, une orientation sera alors proposée.

- la personne sera reçue par le psychologue gérontologue auxquels elle doit présenter son ordonnance ou ses comptes-rendus médicaux, attestation APA, bilan d'évaluation en consultation mémoire ou hôpital de jour ;
- Si le bilan n'a pas été effectué, le psychologue gérontologue sollicitera la réalisation de celui-ci auprès du médecin traitant ;
- L'équipe pluridisciplinaire décide de l'admission et du nombre de journées et présence hebdomadaire en accord avec la famille ;
- Une ou plusieurs journées à l'essai sont proposées ;
- Un dossier d'accueil est remis au futur accueilli ou à son aidant, contenant toutes les pièces dont il aura à prendre connaissance ainsi que celles qu'il aura à compléter et à fournir.

Admission après période d'essai :

L'entrée dans l'accueil de jour thérapeutique est prononcée par l'équipe pluridisciplinaire.

Toutes les pièces demandées lors de la pré-admission devront être fournies avant le jour de l'admission.

La période d'essai :

Cette première période permet de vérifier la pertinence de la prise en charge proposée dans le contrat, elle permet également de la personnaliser.

A partir d'un bilan de synthèse l'équipe élabore un projet d'accompagnement individualisé.

Aux termes de 6 mois après l'élaboration du projet individualisé :

Un bilan de prise en charge est effectué en présence de la personne accueillie, des aidants, du psychologue gérontologue et du responsable.

Ce bilan porte sur les points suivants :

1/évolution de l'autonomie de la personne accueillie (évaluation GIR tous les ans) ;

2/satisfaction de la personne accueillie (questionnaire de satisfaction) ;

3/ressenti de l'aidant sur la prise en charge de la personne accueillie (questionnaire de satisfaction et recueil d'information auprès des aidants).

Une analyse de ce bilan par l'équipe et l'aidant est effectuée afin de réadapter la personnalisation de la prise en charge si nécessaire...

Chaque année :

Un bilan de la prise en charge est réalisé tous les ans mais peut être à n'importe quel moment effectué sur demande de l'aidant ou de l'équipe.

Exclusion de l'utilisateur :

Si les troubles du comportement ne diminuent pas par la prise en charge non médicamenteuse et le changement de traitement, l'accueil de jour cesse de pouvoir apporter les bénéfices pour lesquels il s'engage. Une nouvelle orientation sera donc trouvée en concertation avec les aidants.

Article 2 – prestations assurées par l'accueil de jour :

L'accueil de jour peut accueillir 10 personnes par jour.

- Il dispose d'un office ouvert sur la salle à manger, d'un espace d'activités semi ouvert sur le lieu de vie, d'une salle de repos, de toilettes et d'une douche équipées pour les personnes à mobilité réduite, d'un patio et d'un jardin thérapeutique sécurisé ;
- Les personnes peuvent venir pour une ou plusieurs journées par semaine ;
- Elles sont accueillies du lundi au vendredi, sauf les jours fériés et pendant les périodes de fermeture précisées en temps utiles par courrier et voie d'affichage ;
- Le début de la prise en charge commence avec le transport. Celui-ci débute entre 9 et 10h et se termine entre 16h et 17h.
- Le début de la prise en charge sur site débute vers 10h et se termine vers 15h30.
- Les horaires peuvent varier en fonction des aléas des transports.

L'accueil de jour est une structure non médicalisée.

Tout courrier doit être adressé à Mme. La Présidente du CIAS Agglomération Provence Verte
Quartier de Paris 174 route départementale 554 – 83170 BRIGNOLES – Courriel: adj@caprovinceverte.fr

- Les personnes accueillies doivent se munir de leurs ordonnances en cours et de leurs traitements pour la journée et fournir toute nouvelle prescription, éventuellement de protection contre l'incontinence et d'un vêtement de change.
- Le suivi médical et le renouvellement des traitements sont assurés par le médecin traitant.
- La distribution des médicaments est assurée par le personnel de l'accueil de jour.
- L'accueil de jour s'inscrit dans la complémentarité de la prise en charge à domicile.
- Les personnes souffrant de maladies contagieuses ne sont pas admises à l'accueil de jour et doivent être adressées à leur médecin traitant. L'accueil de jour se réserve le droit de renvoyer à son domicile un usager dont l'état de santé ne permettrait pas de participer aux activités de la structure.
- En cas de survenue d'un problème de santé, sans urgence immédiate, l'équipe contactera la famille pour organiser le retour au domicile en vue d'une visite du médecin traitant.
- En cas d'urgence, l'équipe fera appel à un médecin d'un service d'urgences médicales ou à un médecin qui avisera de la conduite à tenir et orientera l'accueilli vers l'hôpital de référence choisi au préalable par l'aidant ou l'accueilli.

Ateliers :

Il s'agit de proposer aux personnes accueillies des activités générant du bien-être, du plaisir et de la détente :

- Ces activités permettent de stimuler plusieurs domaines cognitifs, de créer du lien entre personnes accueillies dans un contexte convivial ;
- Après un temps d'accueil et la revue de presse, des ateliers de stimulation cognitive ou psychomotrice sont proposés avec le psychologue gérontologue ;
- L'après-midi, différents ateliers sont proposés respectant les goûts et les envies de chacun : musique et chansons, lecture de contes, écritures, expressions artistiques, théâtre, pâtisseries, gymnastique douce, promenades, visites de musées ou autres sorties encadrées, jardinage...
- Un espace de repos est à la disposition des personnes accueillies.

Restauration :

Chaque journée donne lieu au service d'une collation le matin, un repas complet le midi, et d'un goûter l'après-midi.

Les menus sont adaptés à chaque usager (textures, goûts, régimes, pratiques religieuses) ;

Les repas sont pris en commun avec le personnel dans une ambiance chaleureuse.

Partenariat :

L'adhésion de l'accueil de jour au réseau gérontologique du secteur permet d'optimiser l'information, l'orientation des familles et des personnes référentes.

Sécurité :

La sécurité incendie du bâtiment est placée sous la responsabilité du CIAS, elle fait partie d'un protocole affiché.

L'hygiène des locaux est placée sous la responsabilité du responsable de l'Accueil de Jour :

TABAC : il est interdit de fumer à l'intérieur de l'établissement en application du décret n° 92-478 du 29 mai 1992. Les recharges de briquets (gaz, essence) sont interdites dans l'établissement.

ALCOOL : pour des raisons de santé ou de traitements médicaux : les boissons alcoolisées peuvent être interdites.

LES ANIMAUX ne sont pas acceptés, sauf cas exceptionnels et après autorisation du responsable.

En cas de **SORTIE A L'INSU DU PERSONNEL**, une procédure au sein de l'établissement est respectée. Il est souhaitable que la personne accueillie porte sur elle un moyen de reconnaissance (ex : médaille, bracelet gravé avec noms, adresse, téléphone...) ;

ASSURANCE : la structure est assurée pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois en vigueur. L'assurance couvre les incidents ou accidents causés dans les locaux de l'établissement ou à l'extérieur dans le cadre des activités et de séjours. La garantie prend fin lorsque l'utilisateur n'est plus sous la responsabilité de l'établissement.

L'établissement n'accepte pas le dépôt de biens. Il est recommandé que l'accueilli n'emporte à l'accueil de jour aucune valeur (espèces, chéquier, carte bancaire, bijoux...). En cas de disparition, la responsabilité de l'établissement ne pourra être engagée.

Article 3 – les aidants :

Carnet de liaison :

Ce carnet permet d'échanger les informations entre familles, aidants, professionnels du domicile s'il y a lieu, et l'accueil de jour.

- Il s'agit d'un agenda personnel relatant les activités de la journée, les remarques et suggestions de chacun ;
- C'est un outil au service de la personnalisation de l'accompagnement.

Soutien des aidants :

Un soutien personnalisé peut être proposé par le psychologue gériatologue à la demande des familles ;

En lien avec l'association France Alzheimer, l'hôpital de Brignoles, le CLIC ou autres associations, les aidants peuvent être orientés vers des séances d'informations ou des groupes de paroles dans le cadre de partenariats ;

Régulièrement, le psychologue de l'accueil de jour joint par téléphone les référents afin de faire un point sur la prise en charge de l'accueilli.

Réunions festives des familles, aidants, personnes accueillies :

Des réunions sont organisées avec les personnes accueillies, leur famille et le personnel de l'accueil de jour, au minimum deux fois dans l'année.

Réunions concernant la participation de la personne accueillie et de ses aidants au fonctionnement de la structure :

Des réunions sont organisées minimum 2 fois par an :

- ces réunions (regroupant les professionnels, les familles et les aidants) permettent de débattre des questions touchant à l'organisation de la vie quotidienne, aux règles de fonctionnement, repas, animations, sorties et d'apporter des remarques en vue d'une amélioration de la prise en charge des personnes accueillies.

Article 4 – obligations à la charge des usagers et des aidants :

L'équipe de l'Accueil de Jour s'engage à prévenir les bénéficiaires en cas de retard lors des transports, en revanche elle se réserve le droit de ne pas accepter une personne qui ne serait pas prête le matin, pour ne pas pénaliser les autres bénéficiaires.

En cas d'absence d'un bénéficiaire :

Si l'établissement est prévenu **par écrit 7 jours à l'avance** l'absence ne donnera pas lieu à facturation à compter du premier jour d'absence. Dans le cas contraire, les journées planifiées seront facturées ;

En cas d'absence prolongée ou sauf demande expresse écrite du bénéficiaire ou de son représentant, la place est conservée pendant un mois. A l'issue, le contrat est interrompu et pourra reprendre effet dès le retour de la personne en fonction des places disponibles ;

En cas d'absence imprévue : le repas sera facturé la première semaine

Respect d'autrui :

Les usagers sont tenus de respecter :

- Les règles de vie en collectivité ;
- Les autres usagers ;

- Le personnel de l'établissement.

Même sous tutelle ou curatelle, les usagers sont responsables à la fois civilement et pénalement. Bien entendu, il pourra, au cas par cas, être tenu compte de leur déficience par les juges. Ainsi tout acte de violence de la part d'un usager sera automatiquement signalé par voie orale et écrite au responsable. Dans ce cadre, une réévaluation de la prise en charge pourra être faite par l'établissement en concertation avec la famille.

De son côté, l'établissement, conformément à la circulaire de juillet 2001, dispose d'une procédure de prévention et de traitement des actes de maltraitance institutionnelle.

Responsabilité civile :

Les règles générales de responsabilité applicables à toute personne accueillie dans ses relations avec les différents occupants sont définies par les articles 1382 à 1384 du Code Civil.

Tout accueilli doit être couvert par une assurance responsabilité civile.

Le transport :

L'accueil de jour organise le transport des malades de leur domicile à l'accueil de jour le matin et le soir.

La somme de 9 € 79 par jour sera remboursée à la personne qui ne bénéficie pas de cette prestation.

Article 5 – informations générales :

Accès à l'information :

Les données médicales sont protégées par le secret médical ; chaque personne dispose d'un dossier individuel.

En respect et dans les limites de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, l'usager ou son représentant légal dispose d'un droit d'accès à ce dossier.

Cet accès fait l'objet de la procédure suivante :

- ✓ Une demande écrite doit être adressée au psychologue gérontologue ;
- ✓ La responsable organise l'accès au dossier ;
- ✓ Après son départ, l'accueilli ou son ayant droit conserve un droit d'accès à ce dossier en justifiant de son identité.

Informatique et libertés :

L'accueil de jour recueille des informations nominatives, administratives, médicales pour satisfaire à ses obligations et réaliser des travaux statistiques à

usage interne, ceci dans le strict respect du secret médical et des droits des patients.

Sauf opposition de la part de l'accueilli ou du représentant légal, certains renseignements personnels pourront faire l'objet d'un enregistrement informatique réservé exclusivement à l'usage médical en conformité avec les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Plaintes et réclamations :

Dans un souci de transparence, il est établi à l'intention des personnes accueillies et de leurs aidants, une feuille de réclamation jointe au dossier.

Cette fiche est à utiliser :

Dès lors que la personne accueillie, ou ses aidants s'estiment victimes d'un préjudice né à l'occasion ou au cours de l'exécution des prestations que la structure est contractuellement tenue de lui fournir ;

Dès lors qu'elle estime avoir à formuler des doléances sur le fonctionnement du service ou le comportement du personnel

Cette fiche doit être transmise à la directrice de l'établissement qui y répondra dans les 8 jours.





Centre Intercommunal d'Action sociale
Accueil de jour de Brignoles

CONTRAT DE SÉJOUR - Accueil de Jour

(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002)

Le présent contrat de séjour a pour objet de définir les prestations proposées par l'Accueil de jour de Brignoles « Lou Soulèu dei Maïa », les engagements respectifs de l'établissement et de la personne accueillie.

Le Centre Intercommunal d'Action Sociale de la Provence Verte dont le siège social est situé, Quartier de Paris - 174 route départementale 554 - 83170 BRIGNOLES, représenté par sa Présidente, madame Josette PONS,

D'une part,

Et Mr ou Mme : _____

Dénommé ci-après « la personne accueillie »

Représenté ou assisté par Mr ou Mme : _____

Demeurant : _____

Lien de parenté avec la personne : _____

Ou agissant en qualité de curateur ou tuteur

Ci-après dénommé « le représentant »

D'autre part,

L'Accueil de Jour de Brignoles accueille Mr, Mme _____

I – CONDITIONS D'ADMISSION :

L'Accueil de jour reçoit des personnes âgées :

- de plus de 60 ans et présentant des pathologies diagnostiquées de type maladie d'Alzheimer ou apparentées (stade léger à modéré), stable sur le plan médical, physiquement autonome et vivant à domicile.
- Et évaluées 2, 3, 4 ou 5 selon la méthode de la grille AGGIR.

Par dérogation à ce qui précède, des personnes de moins de soixante ans peuvent également être admises en cas d'inaptitude au travail médicalement constatée, et avec l'accord de l'ARS.

L'attribution d'une place est fixée à la suite d'un entretien avec la personne et/ou sa famille et/ou son représentant par le psychologue gérontologue après une visite de l'Accueil de jour thérapeutique.

Au cours de cet entretien, la personne ou son représentant est informée par le psychologue gériatologue de l'ensemble des prestations délivrées.

L'admission est prononcée par le responsable de l'Accueil de jour après avis du médecin coordonnateur et du psychologue et examen d'un dossier comprenant :

- le dossier unique cerfa n°14732*01 ;
- le présent contrat de séjour en 2 exemplaires, signé par la personne accueillie et le responsable, ainsi que l'annexe ;
- la photocopie du livret de famille et de la carte nationale d'identité ;
- l'attestation d'assurance maladie et la copie de la carte d'affiliation à une mutuelle ;
- l'attestation d'assurance en responsabilité civile ;
- le nom, l'adresse, le lien de parenté des personnes à prévenir ;
- un RIB ou RIP et 2 photos d'identité ;
- un certificat médical attestant qu'il n'y a pas de régime alimentaire particulier ;
- l'ordonnance du traitement médical datant de moins de 3 mois ;
- une copie de la notification du Conseil Départemental relative à l'APA.

II – PRESTATIONS OFFERTES PAR L'ACCUEIL DE JOUR THÉRAPEUTIQUE

1°) DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- Conformément aux dispositions de la loi du 2002-2 du 2 janvier 2002, la liste, la nature et le coût des prestations offertes par l'Accueil de jour thérapeutique figurent dans le document annexe qui vous est remis à l'appui du présent contrat.

- En tout état de cause, vous aurez à déterminer, à votre admission ou postérieurement en concertation avec le Responsable de l'établissement, parmi cette liste, les prestations dont vous entendez bénéficier ou auxquelles vous souhaitez renoncer, compte tenu de votre état de santé.

Une facture vous sera délivrée par l'accueil de jour thérapeutique.

2°) PRIX DES PRESTATIONS OFFERTES OU DEMANDÉES

Les prix des prestations que vous aurez choisies en accord avec le responsable à votre admission, telles qu'elles sont répertoriées sur le document annexe au présent contrat, sont fixés à la signature du contrat. Toute prestation nouvelle créée par l'Accueil de jour ou choisie postérieurement par la personne accueillie devra être soumise par avenant à la personne accueillie qui dispose du libre choix de l'accepter ou de la refuser.

Ces prix varient ensuite annuellement en fonction des éléments suivants :

- Tarif hébergement : dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté du Ministre chargé de l'Économie et des Finances ; ce prix sera communiqué à la personne accueillie dès que possible après sa publication au journal officiel.
- Tarif dépendance : prix fixé par arrêté du Président du Conseil Départemental ; ce prix sera communiqué à la personne accueillie dès réception de cet arrêté.

Toute modification au présent contrat devra faire l'objet d'un avenant.

Le transport :

L'Accueil de jour dispose de 2 véhicules et peut organiser le transport des malades de leur domicile à l'accueil de jour le matin et le soir.

Pour une question de temps de trajet, au-delà d'une demi-heure, l'établissement ne peut assurer les transports.

La somme de 9 € 79 par jour sera remboursée à la personne qui ne bénéficie pas de cette prestation.

IMPORTANT : pour une question de sécurité, les personnes doivent être accompagnées jusqu'au véhicule le matin et être attendues le soir lors du retour. L'Accueil de jour ne peut pas matériellement assurer les transferts du domicile au véhicule le matin et du véhicule au domicile le soir.

III – DURÉE DU SÉJOUR

Le prix de journée est établi « tout compris ». Il se décompose en différentes prestations dont le détail figure dans l'annexe du présent contrat.

Une facture sera établie à la fin de chaque mois, elle fera apparaître le prix de journée avec les éventuelles prestations supplémentaires choisies par la personne âgée.

La personne accueillie ou son représentant pourra dénoncer le contrat en adressant sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception, sous réserve de respecter un délai de prévenance de 48 heures. La date d'accusé de réception fera foi de début du délai de prévenance.

Chaque année, courant juillet, un arrêté départemental fixe les tarifs applicables à l'Accueil de jour.

IV – CONDITIONS ET MODALITÉS DE CESSATION DU CONTRAT

Cessation du contrat dans les cas suivants :

- Une absence continue hors cas de force majeure, donne lieu à cessation du contrat, L'Accueil de jour n'étant plus considéré comme accueillant la personne âgée.
- Le retard de paiement des factures peut entraîner la résiliation du contrat après mise en demeure par lettre recommandée avec AR restée sans réponse et hors procédure des articles L 132-3 et L 132-4 du code de l'Action Sociale.
- L'état de santé de la personne âgée peut constituer un motif de cessation du contrat à l'appui d'un certificat médical.
- En dessous d'un certain score obtenu au mini mental score examination (MMSE), l'accueil de jour cesse de pouvoir apporter les bénéfices pour lesquels il s'engage ;
- outre le niveau du MMSE, la personne pour qui, après évaluation en équipe des troubles du comportement, la prise en charge non médicamenteuse et médicamenteuse a échoué au bout d'un mois;
- Proposition d'une nouvelle orientation en concertation avec les aidants.

Autres cas de résiliation :

Transformation et dégradation abusive des locaux ;
Litiges graves avec le personnel ;
Occupation bruyante des locaux ;
Scandale ;
Ethylisme.

Cette liste n'est pas exhaustive ; ces comportements pourront entraîner le renvoi immédiat, précédé d'une mise en demeure. De même, le comportement de la famille de la personne accueillie non compatible avec la vie en collectivité pourra entraîner la cessation du contrat.

Dans tous les cas justifiant un départ de l'Accueil de jour, le responsable notifie à la personne âgée son renvoi par lettre recommandée avec AR.

Absences :

Absences volontaires : durant l'année, la personne accueillie peut interrompre son séjour à l'accueil de jour pour des raisons personnelles. L'absence doit être communiquée à l'établissement au moins 8 jours avant, afin que le créneau journalier puisse être utilisé par une autre personne, en l'absence de cette communication les 8 jours seront facturés hormis le prix du repas.

Absences involontaires : en cas d'absence de la personne accueillie, les journées seront facturées (hormis le prix du repas si l'établissement est prévenu avant 10h). Le temps des absences durera 8 jours au maximum, le temps que le créneau journalier puisse être utilisé par une autre personne.

En cas d'absence, signalée ou non et quel qu'en soit la durée ou le motif (y compris hospitalisation), le contrat de séjour n'est pas interrompu, la place reste prioritaire.

Résiliation à l'initiative de la personne accueillie : la personne ou son représentant légal peut résilier le contrat lorsqu'elle (il) le souhaite avec un préavis de 8 jours, les sommes correspondantes à la durée du préavis restent intégralement dues.



Provenceverte

Centre Intercommunal d'Action sociale

Accueil de jour de Brignoles

ANNEXE AU CONTRAT DE SÉJOUR

LISTE DES PRESTATIONS FOURNIES PAR L'ACCUEIL DE JOUR

PRIX ET CONDITIONS DE FACTURATION :

Le présent document constitue l'annexe prévue à l'article 2 de la Loi 90.600 du 6 juillet 1990 ; il décrit les prestations fournies par l'accueil de jour thérapeutique et précise leur prix au moment de la signature du contrat. Il est éventuellement complété en cas de création d'une nouvelle prestation.

La personne accueillie, conformément aux dispositions du contrat de séjour, peut à tout moment demander le bénéfice d'une prestation supplémentaire ou renoncer à une prestation préalablement choisie.

Dans ce dernier cas, un avenant au présent contrat sera établi.

RAPPEL DES CONDITIONS GÉNÉRALES DE FACTURATION :

Le prix est établi journallement.

Le règlement est payable mensuellement.

Dans le cas où cette condition ne serait pas respectée, il y aurait alors rupture de contrat, ce qui pourrait entraîner le départ de la personne âgée sans autre indemnité.

CONCLUSION

Après avoir pris connaissance des conditions d'admission, de durée, de cessation ou résiliation du contrat et du coût de séjour,

Mr ou Mme : _____

Ou son représentant : _____

Ayant rempli la fiche administrative est admis(e) à l'Accueil de jour

À compter du : _____

Après entretien avec le responsable Mr ou Mme : _____ a choisi à son admission, sur la liste, des prestations figurant au document annexe, et s'engage à en régler le juste prix dans les conditions prévues au présent contrat.

En contrepartie, le responsable de l'accueil de jour s'engage à fournir les prestations choisies par la personne accueillie dans les mêmes conditions.

Toute modification au présent contrat de séjour fera obligatoirement l'objet d'un avenant.

La personne destinataire du contrat de séjour – personne accueillie ou son représentant, reconnaît par la présente avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de jour thérapeutique, du contrat de séjour et de son annexe.

Fait à _____ le _____

La personne accueillie

Le Président du CIAS ou son représentant

**LISTE DES PRESTATIONS FOURNIES HABITUELLEMENT PAR
L'ACCUEIL DE JOUR :**

PRIX JOURNALIER HEBERGEMENT : **25,82 € TTC** (TVA à 5,5 % incluse)

Cette prestation comprend :

Le transport :

L'accueil de jour organise le transport des malades de leur domicile à l'accueil de jour le matin et le soir.

La somme de 9 € 79 par jour sera remboursée à la personne qui ne bénéficie pas de cette prestation.

La mise à disposition des espaces communs comprenant :

Une salle de restauration ; Un salon de repos

Une salle d'animation ; Un patio ; Un jardin privatif

Une salle de bain avec douche siphon de sol, WC et lavabo

Une collation le matin, le repas du midi et la collation de l'après-midi,

L'accès au poste de télévision,

L'accès à l'ensemble des animations internes à l'accueil de jour,

L'accès à tous les lieux collectifs.

L'accompagnement par le personnel avec utilisation d'un véhicule propre à l'établissement à des sorties prévues dans le cadre des animations.

Les tarifs prestations soins et dépendance varient en fonction du groupe iso ressource (GIR).

<input type="checkbox"/> GIR 1 et 2	+ DEPENDANCE : 39.34 €	= <u>65.16 €</u>
<input type="checkbox"/> GIR 3 et 4	+ DEPENDANCE : 24.97 €	= <u>50.79€</u>
<input type="checkbox"/> GIR 5 et 6	+ DEPENDANCE : 10.59€	= <u>36.41 €</u>

Ce tarif est appliqué suivant le degré de dépendance évalué selon la grille AGGIR en vigueur.

Fait à Brignoles, le

La personne accueillie

Le Président du CIAS ou son représentant



N° 14732*01

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint ...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email

A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si OUI :

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité OUI NON

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire _____

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile Chez enfant/Proche Logement foyer EHPAD Hôpital SSIAD / SAD¹ Accueil de jour

Autre *(préciser)*

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

¹ SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Vit maritalement Pacsé(e) Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI NON En cours

Si oui, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint ...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter⁽²⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI NON Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie* OUI NON Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI NON

COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT DANS LES 6 MOIS ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : ____ / ____ / ____

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Signature de la personne concernée
ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

*Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

Identité de la personne concernée

<u>Renseignements administratifs</u>	<u>Renseignements personnels</u>
Nom Prénom :	Médecin traitant :
Date de naissance :/...../.....	Adresse :
Lieu :	Tél. :
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Autre	Assurance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si autre précisez	Compagnie N° :
N° sécurité sociale :	Adresse :
Régime : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Autre Précisez :	Niveau GIR : <input type="checkbox"/> 1 et 2 <input type="checkbox"/> 3 et 4 <input type="checkbox"/> 5 et 6
Adresse :	APA : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tél. :	Dépôt, date de traitement :
Autorisation de prélèvement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Mesure de protection judiciaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, N° de compte :	
Jours de présence :	

INTERVENANT A CONTACTER EN CAS D'URGENCE			
Noms des personnes à contacter	N° téléphone	Lien de parenté	Adresse
1.			
2.			
3.			
4.			
INTERVENANTS MEDICAUX OU PARAMEDICAUX			
Nom	Profession	N° Tél. / Adresse	Nbe d'heure / semaine ou jour
1.			
2.			
3.			
INTERVENANTS (AIDES) A DOMICILES			
Nom	Profession	N° Tél. Adresse	Nbe d'heure / semaine ou jour
1.			
2.			

Prise de médicament (Midi) : Oui Non

Habitude pour prendre des médicaments (dissous dans de l'eau, lors du repas, ...) :
.....
.....
.....

Comportement à l'égard des soignants (calme, agressif, opposition, ...) :
.....
.....
.....

Moments difficiles de la journée :
.....
.....

Technique pour calmer la personne :
.....
.....

Alimentation particulière : diabétique Sans sel
 Autre précisez :

Texture : Normal mixé Haché
 Autre précisez :

Centre d'intérêt :
.....
.....
.....

Pièces à fournir :

- Attestation d'assurance maladie
- Règlement intérieur signé
- Attestation d'assurance

A Remplir par le Néobain

DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement

Fin/Retour d'hospitalisation

Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS OUI NON ALLERGIES OUI NON Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE OUI NON

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS OUI NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI NON

Cécité

Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI NON

REEDUCATION

OUI NON

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date

Signature

cachet du
médecin

Accueil de jour de Brignoles

Collecte d'images et de vidéos

Accueil de jour de Brignoles

DROIT A L'IMAGE

AUTORISATION DE LA PERSONNE PHOTOGRAPHIÉE OU FILMÉE

SUR LA LIBRE UTILISATION DE SON IMAGE

Je, soussigné(e),

Demeurant :

Téléphone :

Accueilli à l'Accueil de Jour « Lou soulèu dei Maïa » de Brignoles,

Accepte d'être filmé ou photographié ;

Autorise la publication de l'image (ou du film) sur laquelle j'apparais ; ceci, sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée ;

Je m'engage à ne faire aucune restriction de mon droit à l'image et de ne demander aucune contrepartie à l'Accueil de Jour ;

Je reconnais que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à ma vie privée et, plus généralement, ne sont pas de nature à me nuire ou à me causer un quelconque préjudice.

Je reconnais avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite.

Fait à Brignoles, le

Le directeur de l'accueil de jour :

La personne accueillie ou son représentant :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT
L'ETAT COGNITIF DU PATIENT :

NOM ET PRENOM :

date de naissance :

TROUBLES COGNITIFS DIAGNOSTIQUES :

.diagnostic :

.date de début des troubles :

.diagnostic effectué par ? :

.traitement spécifique ? :

.anxiolytiques ? :

.antidépresseurs ? :

.neuroleptiques ? :

.dernier MMS:score et date ? :

TROUBLES DU COMPORTEMENT ? :

coter : 0; X; XX; XXX

.apathie/indifférence ? :

.idées délirantes ? :

.hallucinations ? :

.agitation/agressivité ? :

.irritabilité ? :

.dépression ? :

.anxiété ? :

.désinhibition ? :

.déambulation ? :

.troubles de l' appétit ? :

date :

Dr :

signature :