

Le bénévolat

Les bénévoles de l'association Temps Libre interviennent ponctuellement dans l'établissement (sorties, anniversaires, ...).

Ils sont tenus de respecter les principes et valeurs de la charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi que l'ensemble des règles de vie de cet établissement. Ils ne peuvent prendre aucune initiative concernant un Résident sans l'accord du personnel.

V. SORTIES, DEPLACEMENTS, HOSPITALISATION, VACANCES

Chacun peut aller et venir librement.

En cas d'absence, afin d'éviter toutes inquiétudes et d'organiser le service, l'information sera donnée au secrétariat ou à l'infirmière. A défaut, l'établissement mettra en œuvre une recherche de la personne dès qu'il se sera rendu compte de son absence. La porte d'entrée principale est fermée à 20 heures. Pensez à indiquer si vous devez rentrer après cette heure. Lors du retour, il est conseillé de téléphoner pour prévenir de l'heure d'arrivée.

Lors de sorties, de séjours, de vacances dans le milieu familial, chez des amis, le Résident est invité à en informer au préalable la Direction de l'établissement.

Transports et déplacements

L'établissement assure quelques transports dans le cadre de ses activités d'animation. Les autres déplacements à l'extérieur de l'établissement et notamment les consultations chez les médecins libéraux spécialistes ou dans les établissements de santé sont à la charge du Résident et/ou de sa famille. Cette dernière sera informée des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser.

Toute modification de ce présent règlement sera portée à la connaissance du Résident, des Agents et des bénévoles.

Fait à Forges-les-Eaux, le

Je soussigné(e)

M,

Et/Ou Représentant(e) légal(e) de M .

M, Personnel ou Bénévole (1)

Déclare avoir pris connaissance du présent document « règlement de fonctionnement ».

(1) *Rayez les mentions inutiles*

DROITS DE LA PERSONNE AGÉE DÉPENDANTE

Article I - Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

Article II - Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

Article III - Une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Article IV - Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Article V - Patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et ses revenus disponibles.

Article VI - Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Article VII - Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Article VIII - Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

Article IX - Droits aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Article X - Qualification des intervenants

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant

Article XI - Respect de la fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Article XII - La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

Article XIII - Exercice des droits et protection juridique de la personne

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

Article XIV - L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

*"Charte des Droits et Libertés de la personne âgées dépendante",
Etablie par la "Commission droits et Libertés" de la Fondation
Nationale de Gérontologie.*

Ministère du Travail et des Affaires Sociales



ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je vous confirme la demande d'admission dans votre établissement de :

M^{me} M^r _____

Financement des frais de séjour :

1/ Au vu de mes ressources suffisantes, je règle :

Par prélèvement automatique et pour cela je remplis le mandat de prélèvement ci-joint

2/ Au vu de mes ressources insuffisantes, je demande à établir une prise en charge à l'Aide Sociale.

Je m'engage en conséquence à faire verser 90% de mes pensions au Trésor Public de Forges-les-Eaux à compter de mon entrée.

En cas de refus de l'aide sociale, je réglerai les frais d'hébergement.

*_**

J'ai pris connaissance du fait que le prix de journée est susceptible d'être révisé chaque année.

Les prix de journée applicables au 1^{er} Janvier 2022 sont fixés ainsi pour l'Hébergement + Dépendance (pers. de + de 60 ans uniquement) :

- ✓ GIR 1 et 2 : 65,28 € + 23,40 € = 88,68 € X 31 J = 2 749,08 €
- ✓ GIR 3 et 4 : 65,28 € + 14,85 € = 80,13 € X 31 J = 2 484,03 €
- ✓ GIR 5 et 6 : 65,28 € + 6,30 € = 71,58 € X 31 J = **2 218,98 € à charge de la personne**

Date : __/__/__

Signature du Résident ou du Référent
Avec la mention "Lu et approuvé"

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Prélèvement Facturation hébergement

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'EHPAD de FORGES LES EAUX à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'EHPAD de FORGES LES EAUX.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 33ZZZ85F25F

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : EHPAD "Fondation Beauvils"

Adresse : 7 Bld Nicolas Thiessé

Code postal : 76440

Ville : FORGES LES EAUX

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

I | B | A | N

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y

Paiement ponctuel Y

Signé à :

Le (/ /) :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'EHPAD de FORGES LES EAUX. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec l'EHPAD de FORGES LES EAUX.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

**EHPAD « Résidence du Duc
d'Aumale »**

22 3, rue Sœur Badine
76390 AUMAËLE
☎ 02.32.97.52.30
☎ 02.35.94.03.98
✉ contact@ehpad-aumale.fr

EHPAD « Fondation Beaufils »

22 7 bd Nicolas
Thiéssé
76440 FORGES-
LES-EAUX
☎ 02.35.90.50.93
☎ 02.32.89.01.02
✉ accueil@ehpad-forgesleseaux.fr

**EHPAD « Résidence Lefebvre-Blandet-
Dubus »**

22 1, chemin du Clair
Ruisseau
76870 GAILLEFONTAINE
☎ 02.35.90.95.41
☎ 02.35.09.66.52
✉ contact@ehpad-gaillefontaine.fr

ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

(Articles 2011 à 2045 du Code Civil)

CAUTION SIGNATAIRE DU PRESENT ENGAGEMENT

NOM et Prénom : _____

Demeurant: _____

DATE ET SIGNATURE DU CONTRAT DE SEJOUR :

A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance mensuel applicable est de (Somme en toutes lettres) : _____

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Général et est susceptible d'être révisé.

Après avoir pris connaissance du Contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, 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'utilisateur/résident qui résultent du Contrat de séjour et du règlement intérieur pour le paiement :

✓ des frais d'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'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 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 un exemplaire :

- ✓ *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.*

Mention manuscrite de la caution: _____

Fait à _____, le __/__/__

LA CAUTION

Signature précédée de la mention manuscrite

"Lu et approuvé pour caution solidaire"

Le Représentant de l'établissement

Signature précédée de la mention

" Lu et approuvé, bon pour acceptation"



INFORMATION SUR LE DROIT DE DESIGNER LA PERSONNE DE CONFIANCE

Mentionnée à l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles
Conforme au décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016

Attestation relative à l'information sur la personne de confiance

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Fonctions dans l'établissement : **Médecin coordonnateur**

Atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____

Attestation signée à Forges les-eaux, le _____

Signature de la Direction ou de son représentant :

Cosignature de la personne accueillie :

LE ROLE ET LES MODALITES DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

La loi donne le droit à toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social (1) de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

1. QUEL EST SON ROLE ?

La personne de confiance a plusieurs missions :

- Accompagnement et présence :

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- être présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher votre consentement à être accueillie dans l'établissement d'hébergement (en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui et, chaque fois que nécessaire, du médecin coordonnateur si la structure d'accueil est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Elle sera la seule personne de votre entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien.

- vous accompagner dans vos démarches liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.

- assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.

Votre personne de confiance sera consultée par l'établissement ou le service qui vous prend en charge au cas où vous rencontriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits.

Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions.

Par ailleurs, lors de la désignation de la personne de confiance du code de l'action sociale et des familles (dans le cadre de votre prise en charge sociale ou médico-sociale), si vous souhaitez que cette personne exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique (concernant les usagers du système de santé, par exemple, en cas d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie ...), vous devrez f indiquer expressément dans le formulaire de désignation figurant en annexe 2. Les missions de cette personne de confiance sont rappelées dans l'annexe 1.

La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations qui vous concernent.

2. QUI PEUT LA DESIGNER ?

Cette faculté est ouverte à toute personne majeure prise en charge par une structure sociale ou médico-sociale. C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : **vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance.**

Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice lorsqu'un mandataire spécial a été désigné, tutelle, curatelle) pour les actes relatifs à la personne, la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles.

3. OUI PEUT ETRE LA PERSONNE DE CONFIANCE ?

Vous pouvez désigner comme personne de confiance toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant.

Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer de sa portée.

La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation figurant en annexe 2. Il convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

4. QUAND LA DESIGNER ?

Vous pouvez la désigner lorsque vous le souhaitez.

Lors du début d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, qu'elle soit effectuée par un service ou dans un établissement d'hébergement, il vous sera proposé, si vous n'aviez désigné personne auparavant, de désigner une personne de confiance.

Il est possible que vous ayez déjà désigné une personne de confiance pour votre santé (2), notamment au cours d'une hospitalisation, avant votre début de prise en charge sociale ou médicosociale. Cette personne n'est pas automatiquement autorisée à être votre personne de confiance pour votre prise en charge sociale ou médico-sociale. Il vous sera donc nécessaire, si vous souhaitez que cette même personne soit également votre personne de confiance dans le cadre de votre prise en charge sociale et médico-sociale, de procéder à une nouvelle désignation.

La désignation de la personne de confiance du secteur social et médico-social est valable sans limitation de durée, sauf si vous l'avez nommé pour une autre durée plus limitée.

Si vous êtes demandeurs d'asile, la notice d'information et le formulaire de désignation d'une personne de confiance vous ont été remis par l'Office français de l'immigration et de l'intégration lors de votre passage au guichet unique en même temps que la proposition

d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile ou, si cette proposition d'hébergement intervient postérieurement à votre passage au guichet unique en même temps que la proposition d'une offre d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile.

Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, il convient dès votre arrivée que vous remettiez le formulaire de désignation au responsable du centre afin qu'il puisse engager sans délais la prise de contact avec la personne que vous aurez désignée.

5. COMMENT LA DESIGNER ?

La désignation se fait par écrit. Il est préférable d'utiliser le formulaire figurant en annexe 2, mais vous pouvez aussi le faire sur papier libre, daté et signé en précisant bien le nom, le prénom et les coordonnées de la personne de confiance.

La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire ou, le cas échéant, le document.

Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment. Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour la désignation (formulaire figurant en annexe 3).

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, notamment au moyen du formulaire figurant en annexe 4, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

6. COMMENT FAIRE CONNAITRE CE DOCUMENT ET LE CONSERVER ?

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer la structure et l'équipe de prise en charge que vous avez désigné une personne de confiance, afin qu'ils connaissent son nom et ses coordonnées, et d'en donner une copie.

Il est souhaitable d'en tenir vos proches informés.

Il peut être utile de conserver le document de désignation avec vous.

(1) établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'il prend en charge des personnes majeures.

(2) En application de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique.

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple, en cas d'hospitalisation), la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique peut exercer les missions suivantes :

- Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a mission d'accompagnement :

- La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
- prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne souhaitez plus vous exprimer.

- Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale :

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité.

Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche sera consulté. Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas d'une contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera.

Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Nota.- Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'**autorisation** de votre personne de confiance sera en revanche requise.

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
MENTIONNEE A L'ARTICLE L.311-5-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES
FAMILLES

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Désigne

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse : _____

☎ : ____/____/____/____/____ ☎ : ____/____/____/____/____ Professionnel : ____/____/____/____/____

E-mail : _____

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à _____, le _____

Signature :

Co signature de la personne de confiance :

Partie facultative

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui non

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L.1111-11 du code de la santé publique, si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à _____, le _____

Signature :

Co signature de la personne de confiance :

FORMULAIRE DE REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

MENTIONNEE A L'ARTICLE L.311-5-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Met fin à la désignation de

Nom et prénom : _____

Né(e) le _____ à _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse : _____

☎ : ____/____/____/____/____ ☎ : ____/____/____/____/____ Professionnel : ____/____/____/____/____

E-mail : _____

Comme personne de confiance mentionnée à l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Que par suite, cette personne cessera aussi de remplir les mentions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique.

Fait à _____, le _____

Signature :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

1-FORMULAIRE EN CAS DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

<p>Témoin 1 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) : _____</p> <p>Atteste que la désignation de Nom et prénom : _____</p> <p>Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Fait à _____ le _____</p> <p>Signature du témoin : _____</p> <p>Co signature de la personne de confiance : _____</p> <p>Partie facultative</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>Atteste également que Nom et prénom : _____</p> <p><input type="checkbox"/> a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui ai fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à _____ le _____</p> <p>Signature du témoin : _____</p> <p>Co signature de la personne de confiance : _____</p>	<p>Témoin 2 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) : _____</p> <p>Atteste que la désignation de Nom et prénom : _____</p> <p>Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Fait à _____ le _____</p> <p>Signature du témoin : _____</p> <p>Co signature de la personne de confiance : _____</p> <p>Partie facultative</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>Atteste également que Nom et prénom : _____</p> <p><input type="checkbox"/> a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui ai fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à _____ le _____</p> <p>Signature du témoin : _____</p> <p>Co signature de la personne de confiance : _____</p>
---	---

2-FORMULAIRE EN CAS DE REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

<p>Témoïn 1 :</p> <p>Je soussigné(e)</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) : _____</p> <p>Atteste que :</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>A mis fin à la désignation de</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>Que par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique.</p> <p>Fait à _____, le _____</p> <p>Signature du témoin :</p>	<p>Témoïn 1 :</p> <p>Je soussigné(e)</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) : _____</p> <p>Atteste que :</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>A mis fin à la désignation de</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>Que par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique.</p> <p>Fait à _____, le _____</p> <p>Signature du témoin :</p>
--	--

EHPAD « Résidence du Duc d'Aumale »

22 3, rue Sœur Badier
76390 AUMAËLE
☎ 02.32.97.52.30
☎ 02.35.94.03.98
✉ contact@ehpad-aumale.fr

EHPAD « Fondation Beaufils »

7 bd Nicolas
Thiésoé
76440 FORGES-
LES-EAUX
☎ 02.35.90.30.91
☎ 02.32.89.01.02
✉ accueil@ehpad-forgesleseaux.fr

EHPAD « Résidence Lafeyvre-Blandel-Dubus »

1, chemin du Clair
Ruisnel
76870 GAILLEFONTAINE
☎ 02.35.90.95.41
☎ 02.35.09.66.52
✉ contact@ehpad-gaillefontaine.fr

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) _____ Né(e) le : _____

Ou Je soussigné(e) M/Mme _____

Demeurant _____

Représentant légal de M/Mme _____

Autorise le personnel médical de l'établissement à utiliser mon image dans le cadre du dossier de soins informatisé (obligatoire),

Et dans le cadre des différentes manifestations et rencontres organisées par les EHPAD de la Direction Commune, les résidents sont amenés à être photographiés. Ces clichés peuvent ensuite être affichés, voire diffusés hors de l'établissement. C'est la raison pour laquelle nous sollicitons de votre part une autorisation dans le cadre de votre droit à l'image.

Autorise l'établissement à capter, exploiter et diffuser à titre gracieux mon image dans un cadre strictement non commercial, au sein même de la structure, ou en dehors de celle-ci (site internet, réseaux sociaux, presse locale, etc.), comme support d'illustration des manifestations institutionnelles et temps forts de l'établissement.

N'autorise pas l'établissement à me photographier durant mon séjour.

Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. La publication ou la diffusion des photographies ne devront pas porter atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en fait et le droit de retrait des photographies.

Fait à : _____, le _____

Signature :

EHPAD « Résidence du Duc
d'Aumale »
 3, rue Sœur Hadrien
76390 AUMALE
☎ 02.32.97.52.30
☎ 02.35.94.03.98
✉ contact@ehpad-aumale.fr

EHPAD « Fondation Beaufrès »
 7 bd Nicolas
Thiéssé
76440 FORGES-
LES-EAUX
☎ 02.34.90.50.93
☎ 02.32.89.01.02
✉ accueil@ehpad-forgesleseaux.fr

EHPAD « Résidence Lefebvre-Blandel-
Dubus »
 1, chemin du Clair
Ruisseau
76870 GAILLEFONTAINE
☎ 02.35.90.95.41
☎ 02.35.09.66.52
✉ contact@ehpad-gaillefontaine.fr

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné (e) _____ (Nom et Prénom du référent)

En tant que référent, autorise

Mme Melle Mr _____ (Nom et Prénom du résident)

Né (e) le ___/___/___ à _____ (Date et lieu de naissance)

Demeurant à

7 Boulevard Nicolas Thiéssé
76440 FORGES LES EAUX

À effectuer des sorties extérieures dans le cadre de l'Animation.

Fait à _____, le ___/___/___

Signature du représentant

**EHPAD « Résidence du Duc
d'Aumale »**
 55 J, rue Sœur Hadoue
76190 AUMALE
☎ 02.32.97.52.30
☎ 02.35.94.03.98
✉ contact@ehpad-aumale.fr

EHPAD « Fondation Beaufils »
 7 bd Nicolas
Thiéssé
76440 FORGES-
LES-EAUX
☎ 02.35.90.50.93
☎ 02.32.89.01.02
✉ accueil@ehpad-forgesleseaux.fr

**EHPAD « Résidence Lefebvre Blondel-
Dubus »**
 1, chemin du Clair
Ruisseau
76170 GAILLEFONTAINE
☎ 02.35.90.95.41
☎ 02.35.09.66.52
✉ contact@ehpad-gaillefontaine.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS COORDONNEES DES PROCHES

① PERSONNE REFERENTE ADMINISTRATIVEMENT (SI CELLE-CI EST DIFFERENTE DE LA PERSONNE DE
CONFIANCE)

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° téléphone : _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ Portable : _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

Mail : _____ @ _____

Lien avec le proche : _____ - A Prévenir le jour la nuit

*_**

② NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° téléphone : _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ Portable : _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

Mail : _____ @ _____

Lien avec le proche : _____ - A Prévenir le jour la nuit

*_**

③ NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° téléphone : _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ Portable : _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

Mail : _____ @ _____

Lien avec le proche : _____ - A Prévenir le jour la nuit

④ NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
N° téléphone : _/ _/ _/ _/ _/ _/ Portable : _/ _/ _/ _/ _/ _/
Mail : _____ @ _____
Lien avec le proche : _____ - A Prévenir le jour la nuit

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_**

⑤ NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
N° téléphone : _/ _/ _/ _/ _/ _/ Portable : _/ _/ _/ _/ _/ _/
Mail : _____ @ _____
Lien avec le proche : _____ - A Prévenir le jour la nuit

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_**

⑥ NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
N° téléphone : _/ _/ _/ _/ _/ _/ Portable : _/ _/ _/ _/ _/ _/
Mail : _____ @ _____
Lien avec le proche : _____ - A Prévenir le jour la nuit

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_**

⑦ NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
N° téléphone : _/ _/ _/ _/ _/ _/ Portable : _/ _/ _/ _/ _/ _/
Mail : _____ @ _____
Lien avec le proche : _____ - A Prévenir le jour la nuit

*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_*_**

⑧ NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
N° téléphone : _/ _/ _/ _/ _/ _/ Portable : _/ _/ _/ _/ _/ _/
Mail : _____ @ _____
Lien avec le proche : _____ - A Prévenir le jour la nuit