



Résidence Les Tilleuls
1, allée des Tilleuls
SAINTE GEMMES D'ANDIGNE
49500 SEGRE-EN-ANJOU-BLEU

Contrat d'hébergement temporaire

Le présent contrat, établi en double exemplaire, définit les objectifs et la nature de l'accompagnement de la personne hébergée à la résidence des Tilleuls.

Résidence Les Tilleuls – Siège Social

✉ 1, allée des Tilleuls
SAINTE GEMMES D'ANDIGNE
49500 SEGRE-EN-ANJOU-BLEU
☎ : 02 41 92 88 60
📠 : 02 41 92 85 97
🌐 lestilleuls@residences-valoudon.fr

Résidence Les Cèdres Bleus

✉ 30, rue du 8 Mai 1945
SEGRÉ
49500 SEGRE-EN-ANJOU-BLEU
☎ : 02 41 92 14 33
📠 : 02 41 94 80 83
🌐 leparc@residences-valoudon.fr

Résidence Les Charmes

✉ 20, rue de l'Hommeau
SAINT MARTIN DU BOIS
49500 SEGRE-EN-ANJOU-BLEU
☎ : 02 41 61 31 40
📠 : 02 41 61 35 91
🌐 lescharmest@residences-valoudon.fr

Cuisine Centrale ✉ Rue Ferdinand de Lesseps ZI d'Etriché 49500 SEGRE-EN-ANJOU-BLEU ☎ : 02 41 94 70 80 📠 : 02 41 94 70 84
🌐 cuisinecentrale@residences-valoudon.fr
<https://residences-valoudon.fr/>

Sommaire

| | |
|---|---|
| I. Les contractants | 3 |
| II. Objectifs du séjour | 4 |
| III. Logement | 4 |
| IV. Soins et accompagnement | 4 |
| 3.1. Evaluation de la dépendance | 4 |
| 3.2. Prise en charge médicale..... | 4 |
| 3.3. Médicaments..... | 5 |
| 3.4. Matériel | 5 |
| 3.5. Linge..... | 5 |
| V. Tarifs et règlement des frais d'hébergement | 5 |
| VI. Aide Personnalisée à l'Autonomie - (APA) | 5 |
| VII. Résiliation du contrat | 6 |

I. Les contractants

Le contrat est conclu entre,

- **D'une part :**

Le résident

Monsieur/ Madame.....

Né(e) le à

Admis(e) à occuper temporairement un logement dans l'EHPAD « Les Tilleuls »,

Le représentant légal : (*Préciser tuteur, curateur, personne de confiance, mandataire judiciaire à la protection des majeurs ; joindre la photocopie du jugement*).

Madame/Monsieur.....

Né(e) le à

Adresse :

Lien de parenté éventuel :

- **Et d'autre part :**

L'EHPAD « les résidences du val d'Oudon », site de la résidence « Les Tilleuls », situé 1, Allée des Tilleuls - SAINTE GEMMES D'ANDIGNE 49500 SEGRE EN ANJOU BLEU, représenté par Madame Isabelle GRINER, directrice référente.

Le présent contrat est conclu pour une durée déterminée (3 mois maximum).

Du **Au**

Le séjour peut être prolongé, en accord avec l'établissement.

| Périodes | Signatures et date |
|--|--------------------|
| Du/...../ Au// | |
| Du/...../ Au// | |
| Du/...../ Au// | |
| Du/...../ Au// | |

II. Objectifs du séjour

- Répit de l'aidant
- Situation non programmée (urgence sociale, hospitalisation de l'aidant)
- Etape dans le parcours de la personne âgée (après hospitalisation en vue du retour à domicile)
- Préparation de l'entrée en EHPAD (découverte du fonctionnement de l'EHPAD avant une potentielle future entrée)
- Situation d'isolement de la personne âgée
- Travaux d'adaptation du logement
- Vacances de l'aidant

Projet personnalisé :

.....

.....

.....

.....

.....

III. Logement

M. ou Mme.....

Est accueilli dans le logement N°

Au : Rez de chaussée 1^{er} étage 2^{ème} étage

IV. Soins et accompagnement

3.1. Evaluation de la dépendance

GIR 1 à 2 GIR 3 à 4 GIR 5 à 6

3.2. Prise en charge médicale

Médecin traitant :

En cas d'hospitalisation, souhaite être hospitalisé en priorité à :

En cas d'urgence, et en dehors des heures de présence du médecin traitant, l'établissement fait appel au médecin régulateur.

3.3. Médicaments

- Pour un séjour inférieur à 7 jours, le résident doit apporter son traitement.
- Pour un séjour supérieur à 7 jours, le traitement sera préparé dans le cadre de la prestation pharmaceutique de l'établissement. Le résident doit fournir une ordonnance 48h avant l'entrée.

3.4. Matériel

Le résident déclare ne pas avoir de contrat de location de matériels et équipements en cours ou s'engage à le résilier ou le suspendre à son entrée dans la résidence.

3.5. Linge

Le linge de maison est fourni et entretenu par l'établissement.

Le linge personnel doit être entretenu par la famille ou par les proches.

V. Tarifs et règlement des frais d'hébergement

Les tarifs sont définis par le Conseil Départemental du Maine-et-Loire, réactualisés chaque année et applicables au 1^{er} avril de l'année en cours (Cf. Document 40-GAR-23 -Tarifs Hébergements Les Résidences du Val d'Oudon transmis avec le contrat de séjour).

Le cas échéant, dès le jour de la réservation de la chambre, et donc, avant l'entrée du résident, un tarif de réservation sera appliqué. Ce tarif correspond à celui appliqué aux résidents classés en GIR 5/6 minoré du forfait hospitalier. Le paiement est exigé à la date du début de réservation.

La facture, au titre des frais de séjour (hébergement et dépendance) est payée mensuellement à terme à échoir (1) à la paierie départementale du Maine et Loire. Lors de son entrée, le résident doit régler la facture qui lui est communiquée pour le mois en cours. Pour les mois suivants, la date d'échéance du paiement au titre du mois considéré est fixée au 5 du même mois. Le paiement par prélèvement automatique est privilégié (fournir un relevé d'identité bancaire ou postal et l'autorisation de prélèvement).

(1) Le paiement peut également s'effectuer :

- Par chèque, à l'ordre de la **paierie départementale du Maine et Loire**, puis adressé par voie postale à l'adresse suivante : 17, Boulevard Henri Arnauld – 49100 ANGERS
- Par virement, à la **paierie départementale du Maine et Loire**,
Code banque : 30001 Code guichet : 00127
N° Compte : C494 0000000 Clé : 94
IBAN : FR35 3000 1001 27C4 9400 0000 094

VI. Aide Personnalisée à l'Autonomie - (APA)

Si vous percevez l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) à domicile, nous vous invitons à contacter le Conseil Départemental afin de signaler votre séjour en hébergement temporaire afin que le versement de l'aide soit suspendu, pendant la durée de votre hébergement en EHPAD.

VII. Résiliation du contrat

A l'initiative du résident en respectant un préavis de 1 semaine.

A l'initiative de l'établissement en respectant un préavis de 1 mois :

- Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accompagnement
- Incompatibilité à la vie en collectivité
- Défaut de paiement

Je reconnais avoir pris connaissance du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement.

A Sainte Gemmes d'Andigné,

Le/...../.....

Le résident ou son représentant légal
(Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Le Directeur ou son représentant

Signature

Signature