Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Le GRÉSIVAUDAN
communauté de communes

COMMUNAUTE DE COMMUNES LE GRESIVAUDAN

SEANCE DU CONSEIL COMMUNAUTAIRE DU **04 MAI 2026**
Délibération n° **DEL-2026-0122**

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et Accueil de Jour Belle Vallée – Actualisation des contrats de séjour

Nombre de sièges : 74
Membres en exercice : 74

Présents : 65
Pouvoirs : 8
Absents : 1
(Absence de la séance : Laure FAYOLLE)
Excusés : 8
Pour : 73
Contre : 0

Abstention : 0
N'ayant pas pris part au vote : 0

Acte rendu exécutoire après transmission en Préfecture le

05 MAI 2026

et publié le

05 MAI 2026

Secrétaire de séance :
Patricia BELLINI

Le lundi 4 mai 2026 à 18 heures 30, le Conseil communautaire de la communauté de communes Le Grésivaudan s'est réuni, sous la présidence de Monsieur Henri BAILE, Président. Convocation dûment faite le 27 avril 2026.

Présents : Henri BAILE, Pierre BARUZZI, Philippe BAUDAIN, Patrick BEAU, Patricia BELLINI, Claude BENOIT, Anne-Françoise BESSON, Jérome BIGLIA, Clément BONNET, Théodore BONNET-GAMARD, Jean-Claude BOREL-GARIN, Yannick BOUCHET-BERT-PEILLARD, Coralie BOURDELAIN, Marieke BUNTINX, Jean-Marie CABRIERES, Marc CECON, Karim CHAMON, Jean-François CLAPPAZ, Dominique CLOUZEAU, Claude COCQUET, Jean-Noël COLLE, Cécile CONRY, Arthur CULLATI, Laurent DESGOUIS, Brigitte DESTANNE DE BERNIS, Agnès DUPON, Christophe DURET, Thierry FEROTIN, Sandrine GAUCHON, Philippe GENESTIER, Martin GERBAUX, Marc GRAMBIN, Virginie GRAS, Annick GUICHARD, Mylène JACQUIN, Adelin JAVET, Martine KOHLY, Françoise LANNOY, Jérôme LARDIERE, Floriane LATRAYE, Hervé LENOIRE, Cédric LESCURE, Stephane MALARD, Céline MEKHMOUKH, Laurie MENGUY, Jean-Marc MICHEL, Françoise MIDALI, Michel MIET, Rebecca NALLET, François OLLEON, Céline PAVAROTTI, Thierry PERNET, Delphine PERREAU, Adrian RAFFIN, Franck REBUFFET-GIRAUD, Cécile ROBIN, Eric ROETS, Marc ROSSET, Jean-Luc ROUX, Olivier SALVETTI, Myriam SIMONAZZI, Brigitte SORREL, Christophe SUSZYLO, Agnès TIMONER, Martine VENTURINI

Pouvoirs : Margaux BERLIOZ à Christophe SUSZYLO, Dominique BONNET à Jean-François CLAPPAZ, Régine BOURGEOIS à Patrick BEAU, Jean-Yves GAYET à Mylène JACQUIN, Caroline HALLE à Clément BONNET, Séverine LE BIHAN à Henri BAILE, Philippe LORIMIER à Eric ROETS, Valérie PETEX à Olivier SALVETTI

La présente délibération peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Grenoble dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

Mod. 540330 - 04/22 Fabrègue Entreprise labellisée IMPRIM'VERT

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Vu les statuts de la communauté de communes Le Grésivaudan, et notamment sa compétence en matière d'autonomie,
Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment l'article L.311-4,
Vu la gestion de l'EHPAD Résidence Belle Vallée, situé sur la commune de Froges assurée par la communauté de communes Le Grésivaudan,

Dans le cadre de la gestion de l'EHPAD intercommunal et de l'Accueil de Jour Belle Vallée, situés à Froges, la communauté de communes est tenue de formaliser la relation entre les résidents et l'établissement à travers un contrat de séjour.
Ce document définit les droits et les obligations réciproques de l'établissement et des usagers. Il fixe les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.

Le contrat de séjour est remis à chaque nouveau résident de l'EHPAD ou bénéficiaire de l'accueil de jour et, le cas échéant, à son représentant légal, au moment de la confirmation de son admission et au plus tard le premier jour de son accueil effectif.

Compte tenu de la nécessité de mettre à jour les documents contractuels, une actualisation des contrats de séjour de l'EHPAD et de l'Accueil de Jour Belle Vallée est nécessaire. Il s'agit notamment :

- De tenir compte des évolutions réglementaires récentes,
- D'améliorer l'information et les droits des usagers,
- D'adapter les prestations proposées aux besoins des résidents de l'EHPAD et des bénéficiaires de l'accueil de jour.

Ainsi, Monsieur le Président propose au Conseil communautaire :

- **D'approuver les termes des contrats de séjour de l'EHPAD et de l'Accueil de Jour Belle Vallée tels qu'annexés à la présente délibération.**

Le Conseil communautaire, après en avoir délibéré, adopte à l'unanimité cette délibération.

Ainsi fait et délibéré les jour, mois et an ci-dessus.
Au registre ont signé tous les membres présents.
POUR COPIE CERTIFIEE CONFORME ET EXECUTOIRE

Crolles, le 04 MAI 2026

Le Président,
Henri BAILE

Communauté de communes Le Grésivaudan - (Isère) - Le Président

La présente délibération peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Grenoble dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

SIEGE : Communauté de communes le Grésivaudan - 390, rue Henri Fabre- 38920 CROLLES

Accueil de Jour Belle Vallée – 346 rue de Bretagne – 38190 FROGES

ACCUEIL DE JOUR
Belle vallée
FROGES

Date de signature du contrat :

Personne accueillie :

Accueil de Jour Belle Vallée

346, rue de Bretagne
38190 FROGES
Tel : 04 76 45 36 00
Fax : 04 76 71 32 42
ehpadbellevallee@le-gresivaudan.fr

CONTRAT DE SEJOUR

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DELI-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Sommaire

PREAMBULE 3
I – OBJET ET NATURE DU CONTRAT 5
II – OBJECTIFS DE L'ACCUEIL DE JOUR 5
III – LES PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT 6
1. Les soins et l'aide à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie quotidienne 6
2. Les animations 6
3. La restauration 6
4. Le transport 7
5. Le linge et son entretien 7
6. L'accompagnement pour l'aidant 7
IV – TARIF ET FACTURATION DES PRESTATIONS 7
1. Le tarif hébergement 7
2. Le tarif dépendance 8
3. Le paiement 8
V – ABSENCES ET HOSPITALISATION 9
VI – CONDITIONS DE FIN DE PRISE EN CHARGE 9
1. Résiliation à l'initiative de la personne accueillie 9
2. Résiliation à l'initiative de l'établissement 9
- 2.1 Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil de l'établissement 10
- 2.2 Non-respect du contrat de séjour ou du règlement de fonctionnement 10
- 2.3 Résiliation pour défaut de paiement 11
- 2.4 Résiliation pour décès 11
VII – ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR 11
VIII – DROIT A L'IMAGE 11
IX – SIGNATURE DU CONTRAT 13
ANNEXES 14
Annexe 1 : Liste des personnes à prévenir 14
Annexe 2 : Déclaration du choix du notaire en cas de succession 15
Annexe 3 : Conditions de règlement 16
Annexe 3bis : Demande de prélèvement automatique 17
Annexe 4 : Liste des documents à fournir 18
- Constitution du dossier Administratif : 18
- Constitution du dossier médical 18
Annexe 5 : Autorisation de l'utilisation de l'image d'un majeur capable 19
Annexe 5bis : Autorisation de l'utilisation de l'image d'un majeur incapable et/ou sous tutelle 20
Annexe 6 : Recueil des habitudes de vie 21
Annexe 7 : Tarifs en vigueur 24
Annexe 8 : Avenant au contrat d'accueil de jour – Modification des jours d'accueil 26
Annexe 9 : Notice relative à la désignation de la personne de confiance 28
Annexe 10 : Missions de la personne de confiance 31
Annexe 11 : Désignation de la personne de confiance 33
Annexe 12 : Révocation de la personne de confiance 34
Annexe 13 : Formulaire à destination de témoins 35
Annexe 14 : Coordonnées médiateur de la consommation 37

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DELI-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

PREAMBULE

Le contrat de séjour définit les droits et les obligations réciproques de l'accueil de jour Belle Vallée et des personnes accueillies.
Il formalise les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet de service.

Le présent contrat est remis à chaque nouvelle personne accueillie, et, le cas échéant à son représentant légal, au moment de la visite de pré-admission et au plus tard le jour de son entrée dans l'établissement.

Il est établi selon les mesures et règles administratives et juridiques adoptées par les instances et/ou autorités compétentes.

Le présent contrat est établi conformément :

- ✓ À la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et notamment les articles L 311-3, L311-4 et L311-7 du Code de l'action sociale et des familles ;
- ✓ Au décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou au document individuel de prise en charge.

L'Accueil de Jour Belle Vallée :

- ✓ A été habilité pour l'accueil des personnes âgées, par arrêté n° 2018-0857 en date du 6 avril 2018 ;
- ✓ Est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ;

La présentation de l'établissement figure dans le livret d'accueil.

Le règlement de fonctionnement signé avec le présent contrat précise les droits et devoirs réciproques de l'établissement et des résidents.

Statut : Établissement public territorial

Représenté par Monsieur Henri BAILE, Président de la communauté de communes Le Grésivaudan.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Entre les soussignés :

D'une part,

Monsieur Henri BAILE,

Président de la communauté de communes Le Grésivaudan, organisme gestionnaire de l'Accueil de Jour Belle Vallée rattaché à l'EHPAD « Résidence Belle Vallée », située 346, rue de Bretagne – 38190 FROGES, ayant son siège 390, rue Henri Fabre – 38926 CROLLES CEDEX, agissant en vertu de la délibération n°DEL-2026-0110 relative à la délégation d'attributions du Conseil communautaire au Président,

Ci-après dénommée « Le Grésivaudan » N° FINESS 380802595

Et d'autre part,

Monsieur Madame (Nom, Prénoms) : .....

.....

Né(e) le : .....

Demeurant :

.....

.....

Ci-après dénommé(e) « La personne accueillie »,

Ou

Le cas échéant représenté(e) par un « représentant légal », ci-dessous dénommé, en vertu d'une décision de tutelle, de curatelle, de sauvegarde de justice par le tribunal d'instance de .....

(Joindre photocopie) ou de mandataire contractuel désigné par le résident

Monsieur Madame (Nom, Prénoms) : .....

.....

Né(e) le : .....

Demeurant : .....

.....

Téléphone : .....

Adresse Mail : .....

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

I – OBJET ET NATURE DU CONTRAT

Le présent contrat, est conclu à compter du ……

Il deviendra définitif à l'issue d'une période d'essai d'1 mois.

Au terme de la période d'essai, le contrat peut être résilié, soit à l'initiative de la personne accueillie et/ou du représentant légal pour toutes raisons à sa convenance, soit à l'initiative de l'équipe pluridisciplinaire de l'accueil de jour pour inadéquation entre les besoins de la personne et la prise en charge possible.

La date d'arrivée et les jours de présences de la personne accueillie sont fixés d'un commun accord entre la personne, son représentant légal et l'équipe de l'accueil de jour. Les créneaux d'accueil tiennent compte du profil de la personne accueillie, de ses besoins, des besoins de la famille et des disponibilités de la structure.

Les journées d'accueil sont définies comme suit :

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Ces journées sont susceptibles d'évoluer durant le séjour en fonction de l'état de santé, de la situation et des besoins de la personne accueillie.

Dans les trois mois consécutifs à l'entrée, un projet d'accompagnement individualisé est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire en fonction des éléments de l'histoire et des habitudes de vie la personne accueillie, de ses désirs et de ses préférences. Ce projet fera l'objet d'évaluations régulières. Il est annexé au contrat d'accompagnement. Tout changement ou modification du projet d'accompagnement individualisé fera l'objet d'un avenant annexé au contrat de séjour.

II – OBJECTIFS DE L'ACCUEIL DE JOUR

L'accueil de jour Belle Vallée offre une prise en charge spécifique aux personnes âgées dépendantes présentant des troubles neurologiques dégénératifs de type Alzheimer et/ou troubles apparentés. La prise en charge basée sur une approche pluridisciplinaire vise plusieurs objectifs.

Pour la personne accueillie, il s'agit de :

- Proposer un accompagnement adapté,
- Stimuler ses fonctions cognitives, physiques, sensorielles, à travers des activités de la vie quotidienne,
- Préserver et maintenir l'autonomie de la personne accueillie,
- Maintenir les acquis et ralentir la perte d'autonomie,
- Offrir des moments de bien-être,

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DELI-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

- Valoriser l'estime de soi,
- Favoriser les liens sociaux et rompre l'isolement.

Pour les aidants, il s'agit de :

- Bénéficier d'un temps de répit à raison de une à trois journées par semaine,
- Profiter d'un soutien et d'un temps d'échange avec l'équipe du service.

III – LES PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT

1. *Les soins et l'aide à l'accomplissement des actes ordinaires de la vie quotidienne*

Le personnel assure les soins d'hygiène et de confort pendant la journée de prise en charge.
Les protections doivent être amenées par la personne accueillie.

L'aide à la prise des médicaments, amenés du domicile, est assurée par le personnel, conformément aux prescriptions médicales.
La personne accueillie vient avec les médicaments qu'elle doit prendre pendant son temps de présence à l'accueil de jour, conditionnés dans leur emballage d'origine avec l'inscription du nom de la personne, avec à l'appui la copie de l'ordonnance faisant référence au traitement. En cas de changement de traitement, les personnels devront en être informés et obtenir copie de la nouvelle prescription médicale.

L'accueil de jour n'assure pas le suivi médical des personnes accueillies.
En cas de besoin, une infirmière de l'EHPAD peut intervenir sur appel des agents de l'accueil de jour et si, nécessaire, il sera fait appel au médecin traitant, voire au SAMU.

Le personnel accompagne aux actes de la vie quotidienne comme la prise de repas et aide aux déplacements intérieurs et extérieurs.

2. *Les animations*

Les animations sont pensées pour répondre aux objectifs de l'accueil de jour. Elles tiennent compte des besoins et des désirs des personnes ainsi que de leurs capacités.
Le programme de la journée est affiché dans la salle d'activité.

Des activités diverses sont proposées pour maintenir le lien social, développer les fonctions cognitives, favoriser l'expression créative, stimuler physiquement, valoriser l'image de soi et s'ouvrir vers l'extérieur.

3. *La restauration*

L'accueil de Jour Belle Vallée propose à la personne accueillie une collation le matin, un repas à midi et un gouter l'après-midi.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Les repas sont confectionnés chaque jour, par l'équipe cuisine de l'EHPAD Belle Vallée. Ils sont partagés avec le personnel.

Les régimes alimentaires sont respectés sur prescription médicale.

4. *Le transport*

Comme décrit dans le règlement de fonctionnement, l'accueil de jour laisse le libre choix du mode de transport aux personnes accueillies. La personne s'acquitte des frais de transports pour aller et venir à l'accueil de jour.

Un forfait journalier sera rétribué par l'accueil de jour aux personnes en déduction du coût de l'hébergement comme contribution aux transports. Le montant de ce forfait est indiqué en annexe.

5. *Le linge et son entretien*

Le linge et son entretien sont à la charge de la famille. Un trousseau de secours sera remis par la famille qui en assure l'entretien.

6. *L'accompagnement pour l'aidant*

La famille peut bénéficier d'une écoute, d'un soutien et de conseils de la part de l'équipe, et en particulier de la psychologue.

IV – TARIF ET FACTURATION DES PRESTATIONS

L'établissement étant conventionné avec les autorités de tutelle (Département de l'Isère et Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes), les décisions tarifaires et budgétaires annuelles sont fixées par arrêté de ces autorités, et s'imposent à l'établissement comme à chacune des personnes qu'il accueille.

L'annexe 1 jointe au présent contrat précise les différents tarifs de l'année en cours. Elle est réactualisée et communiquée à l'usager chaque année à réception de l'arrêté du Département de l'Isère

Les tarifs sont en outre affichés à l'accueil.

1. *Le tarif hébergement*

Le tarif hébergement est identique pour l'ensemble des personnes accueillies quel que soit leur niveau de perte d'autonomie.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DELI-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Ce tarif hébergement correspond à la prestation d'accueil et comprend, outre la rémunération du personnel, les prestations suivantes :

- La restauration et l'accueil hôtelier,
- L'entretien et la maintenance des locaux,
- Le chauffage, l'eau, l'éclairage,
- Les prestations d'administration générale,
- Les prestations de conseil et soutien aux aidants.

Le résident déclare vouloir bénéficier de l'ensemble des prestations.
Les frais d'hébergement restent à la charge de la personne accueillie.

Cette prestation peut être financée par l'Aide Sociale à l'hébergement en fonction des ressources de la personne accueillie.

2. ***Le tarif dépendance***

Le tarif dépendance recouvre l'ensemble des aides et surveillance permettant l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne. Ce sont les prestations d'accompagnement à la prise de repas et aux déplacements, les diverses activités et ateliers.

Le tarif varie en fonction du niveau de perte d'autonomie de la personne accueillie. Il est mesuré par le GIR, dans le cadre de l'évaluation AGIRR.

Le tarif dépendance comprend une partie de la rémunération du personnel soignant.

Le tarif dépendance est à la charge de la personne accueillie. En fonction de leur dépendance et de leurs ressources, les personnes accueillies peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisé d'Autonomie (APA) versée par le Conseil Départemental.

Cette allocation permet de couvrir en partie le coût du tarif dépendance arrêté et facturé chaque mois, en sus, du tarif hébergement.

3. ***Le paiement***

Les factures mensuelles sont établies à terme échu et sont adressées directement à la personne accueillie ou à son représentant légal avant le 10 du mois suivant.

Le résident ou son représentant légal doit s'acquitter de cette facture dans un délai de 30 jours maximum à compter de la date de réception de la facture, auprès de la Trésorerie de Le Touvet, par chèque, ou par prélèvement automatique

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

V – ABSENCES ET HOSPITALISATION

Compte tenu du nombre limité de place en accueil de jour sur le territoire du Grésivaudan, et de la croissance de la demande, toute absence pénalise le fonctionnement de l'accueil de jour et la capacité d'accueil d'autres usagers.

Pour ce faire, une facturation sera totalement ou partiellement maintenue en cas d'absence. (voir annexe tarifs).

VI – CONDITIONS DE FIN DE PRISE EN CHARGE

La direction de l'établissement et la personne accueillie peuvent mettre fin à la prise en charge dans les conditions suivantes :

1. ***Résiliation à l'initiative de la personne accueillie***

A l'initiative de la personne accueillie ou de son représentant légal, le présent contrat peut être résilié à tout moment par écrit, par lettre remise en main propre à l'établissement contre décharge ou par lettre recommandée avec accusé de réception.

La personne accueillie dispose d'un délai de 48h pour revenir sur sa décision sans avoir à justifier d'un motif.

Dans un délai de 15 jours suivant la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure :

La personne accueillie ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer un droit de rétractation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis ne puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effective.

Passé ce délai de 15 jours :

La décision doit être notifiée à l'établissement dans un délai de **15 jours** avant la date souhaitée de fin de prise en charge.

Le tarif journalier (hébergement + dépendance) est dû intégralement jusqu'à cette date de fin de prise en charge.

2. ***Résiliation à l'initiative de l'établissement***

Conformément à l'article L.311-4-1 du Code de l'action sociale et des familles, la résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement peut intervenir :

- Dans le cas où la personne accueillie cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement, lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans cet établissement, après que le gestionnaire se soit assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée,

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DELI-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

- En cas d'inexécution par la personne accueillie d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, sauf lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelle de la personne accueillie,
- En cas de cession totale de l'activité de l'établissement.

2.1 Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil de l'établissement

Si l'état de santé de la personne accueillie ne permet plus son maintien à l'accueil de jour, et en **l'absence de caractère d'urgence**, la direction de l'établissement prend toutes les mesures appropriées autant que faire se peut, en concertation avec les parties concernées.

Les modalités de la fin de l'accueil seront concertées dans la mesure du possible avec la personne accueillie ou son représentant légal après avis de l'équipe pluridisciplinaire. Une information sera faite en direction de la famille, avec proposition d'une solution d'accueil plus adaptée, le cas échéant.

La personne accueillie (et son représentant légal le cas échéant) et le référent familial sont avertis par le directeur, dans les plus brefs délais, des mesures prises et de leurs conséquences.

2.2 Non-respect du contrat de séjour ou du règlement de fonctionnement

En cas d'inexécution par la personne accueillie des obligations lui incombant au titre de son contrat de séjour ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, la personne accueillie et/ou son représentant légal sera reçue par le directeur de l'établissement afin de s'entretenir avec lui sur les raisons de ses manquements.

L'entretien visera, dans la mesure du possible, à trouver en commun les moyens de faire cesser les atteintes, dans un délai qui sera défini lors de cet entretien, donnant lieu à un compte-rendu détaillant la tenue de cette rencontre et son issue.

Si un tel entretien ne peut être organisé, l'usager sera informé par courrier recommandé.

Si, à l'expiration du délai susmentionné, les manquements n'ont pas cessé et après avoir recueilli un avis médical, le contrat de séjour sera résilié par lettre recommandée avec accusé de réception. La personne accueillie disposera alors d'un préavis de 30 jours, à compter de la notification de la résiliation.

La résiliation en cas d'incompatibilité de comportement ne peut être prononcée lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution et ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne accueillie.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DELI-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

- **2.3 Résiliation pour défaut de paiement**

Tout retard de paiement égal ou supérieur à 30 jours est notifié à la personne accueillie ou à son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception et doit être régularisé dans un délai de 30 jours à partir de la notification du retard de paiement.

A défaut de paiement, une procédure judiciaire de recouvrement pourra être mise en œuvre. Au demeurant, la personne accueillie qui ne paye pas ses frais d'hébergement s'expose à la résiliation de son contrat de séjour pour ce motif.

- **2.4 Résiliation pour décès**

Le contrat de séjour prend automatiquement fin et de plein droit au décès de la personne accueillie. Le représentant légal et/ou les héritiers sont automatiquement informés.

VII – ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR

Toute modification des termes du présent contrat fera l'objet d'un avenant.

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat et à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, un entretien pourra être mise en place à la demande de la partie la plus diligente, afin de trouver une solution amiable et adaptée à la situation de la personne accueillie.

La personne accueillie aura aussi accès à un dispositif de médiation de la consommation en vue de la résolution amiable de tout litige éventuel dont les coordonnées sont affichées dans l'établissement avec l'ensemble des affichages règlementaires.

Si ces procédures amiables ont échoué, les conflits nés de l'application des termes du présent contrat seront portés devant la juridiction territorialement compétente.

VIII – DROIT A L'IMAGE

L'établissement applique l'article 9 du Code civil et garantit le droit au respect de la vie privée de chacun.

La personne accueillie ou son représentant légal autorise en cochant cette case ☐,
pendant les activités organisées par l'accueil de Jour, pour la durée illimitée et gratuitement la communauté de communes Le Grésivaudan à :

- Photographier et/ou filmer avec ou sans la voix la personne accueillie,
- Modifier par tout moyen technique les photographies réalisées (et/ou vidéos réalisés)
- Reproduire ou utiliser les photographies et/ou vidéos en tout ou partie sur tous supports (notamment revue, journal, plaquette d'information, site internet, sites sociaux, reportages télévisé, projection publique…), sous n'importe quel format, pour diffusion exclusivement à des fins de communication institutionnelle de la résidence Belle Vallée.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DELI-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

La personne accueillie ou son représentant légal refuse en cochant cette case ☐.

- de photographier et/ou filmer l'accueil pendant la durée de validité du présent contrat.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DELI-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

IX – SIGNATURE DU CONTRAT

Je soussigné(e), M. ou Mme

……

certifie avoir pris connaissance des dispositions générales du présent contrat de séjour.

Fait à ……

Le ……

Lu et approuvé,

La personne accueillie, Le Président

Ou son tuteur (dans ce cadre, la décision de justice en ce sens doit être fournie)

Ou la personne de confiance chargée par la personne accueillie de le représenter

Le présent contrat est établi en 2 exemplaires, dont 1 est à remettre signé à l'établissement.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DELI-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des personnes à prévenir

Nom, Prénom de la personne accueillie :

À ***REMPLIR ET A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT***

1. Madame, Monsieur

……

Adresse :……

……

N° de téléphone : ……

Adresse Mail : ……

2. Madame, Monsieur

……

Adresse :……

……

N° de téléphone : ……

Adresse Mail : ……

3. Madame, Monsieur

……

Adresse :……

……

N° de téléphone : ……

Adresse Mail : ……

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DELI-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 2 : Déclaration du choix du notaire en cas de succession

Nom, Prénom de la personne accueillie :

À REMPLIR ET A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

Maître : ……..

Adresse :……

……

N° de téléphone : ……

Adresse Mail : ……

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DELI-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 3 : Conditions de règlement

Nom, Prénom de la personne accueillie :

- ***REMPLIR ET A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT***

Engagement du résident

Le résident ou son représentant légal, s'acquittera des frais de séjour dans un délai de 30 jours maximum selon les modalités prévues par la réglementation en vigueur et devra remplir et signer au moment de l'admission la présente attestation.

Toute situation nouvelle ou difficultés pouvant surgir durant le séjour doivent être indiquées au Directeur de l'Etablissement, afin de trouver, en liaison avec le résident ou son représentant légal, la meilleure solution permettant de régulariser le paiement des frais de séjour.

L'assistante sociale peut aider les résidents dans leurs démarches.

Modalités de paiement

3 modes de paiement sont proposés au résident pour le règlement de ses frais de séjour.

Merci de cocher le mode souhaité :

- □ Prélèvement automatique (remplir le contrat de prélèvement et mandat SEPA)
- □ Par TIPI directement sur **www.tipi.budget.gouv.fr** (identifiant communauté de communes : **010618**)
- □ Par chèque (en mentionnant au dos le nom du résident et le mois concerné)

Si vous optez pour le règlement par chèque, merci de le libeller **à l'ordre du Trésor Public** et de l'adresser à :

Trésorerie de LE TOUVET
13 avenue Montfillon
38660 LE TOUVET

Fait à ……

Le ……..

Signature :

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 3bis : Demande de prélèvement automatique

Nom, Prénom de la personne accueillie :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ……à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de……..
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 XX ZZZ NNNNNN

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Nom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) — IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

I | B | A | N

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif
Paiement ponctuel

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 RELEVE D'IDENTITE 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…….. 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 ……

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.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 4 : Liste des documents à fournir

Nom, Prénom de de la personne accueillie :

- **Constitution du dossier Administratif :**

- Contrat de séjour complété et signé
- Livre d'accueil et règlement de fonctionnement complété et signé
- Recueil des habitudes de vies complété
- Coordonnées du notaire
- Copie de la carte d'identité
- Copie de la carte vitale
- Attestation de sécurité sociale
- Copie du livret de famille
- Carte de mutuelle
- Justificatifs les plus récents de pensions (Relevés bancaires où figure vos pensions) :
  - Retraite principales et complémentaires
  - Autres (ex : produits de loyer, allocation compensatrice, tierce personne, etc…)
- Avis d'imposition
- Attestation de responsabilité civile (A demander à l'assurance habitation)
- Notification APA de domicile
- Copie de jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice.

- **Constitution du dossier médical**

- Compte rendu d'hospitalisation
- Bilan neurologique (si existant)
- Examen neurologique scanner / IRM (si existant)
- Dernière ordonnance si traitement à midi
- Etat vaccinal de la personne.

Nous vous remercions.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 5 : Autorisation de l'utilisation de l'image d'un majeur capable

Je soussigné(e) :……
Demeurant :
……

……

☐ Autorise,

(Veuillez cocher la case correspondante)

☐ N'autorise pas

Dans le cadre des animations et des sorties organisées par l'accueil de jour Belle Vallée, la communauté de communes Le Grésivaudan à :

- Photographier et/ou filmer Monsieur/Madame avec ou sans la voix,
- Me photographier et/ou me filmer avec ou sans la voix (barrer la mention en cas de refus),
- Modifier par tout moyen technique les photographies et vidéos réalisées,
- Reproduire et utiliser les photographies et vidéos en tout ou partie sur tous supports (notamment revue, journal, plaquette d'informations, site internet, réseaux sociaux, reportage télévisé, projection publique…), sous n'importe quel format, pour diffusion exclusivement à des fins de communication institutionnelle de l'EHPAD et de l'accueil de jour.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et sans limitation de durée.

Fait en deux exemplaires à …….., le ……

Signature

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DELI-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 5bis : Autorisation de l'utilisation de l'image d'un majeur incapable et/ou sous tutelle

Je soussigné(e) :……
Demeurant :
……

……

Représentant légal de Monsieur/Madame …….. Placé(e) sous tutelle depuis ……..

☐ Autorise,

(Veuillez cocher la case correspondante)

☐ N'autorise pas

Dans le cadre des animations et des sorties organisées par l'accueil de jour Belle Vallée, la communauté de communes Le Grésivaudan à :

- Photographier et/ou filmer Monsieur/Madame avec ou sans la voix
- Me photographier et/ou me filmer avec ou sans la voix (barrer la mention en cas de refus)
- Modifier par tout moyen technique les photographies et vidéos réalisées
- Reproduire et utiliser les photographies et vidéos en tout ou partie sur tous supports (notamment revue, journal, plaquette d'informations, site internet, réseaux sociaux, reportage télévisé, projection publique…), sous n'importe quel format, pour diffusion exclusivement à des fins de communication institutionnelle de l'EHPAD et de l'accueil de jour.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et sans limitation de durée.

Fait en deux exemplaires à …….., le ……

Signature

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DELI-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 6 : Recueil des habitudes de vie

Date : ……..

PERSONNE ACCUEILLIE

Nom : …….. Prénom(s) : …….. Sexe : .....
Consentement : ❑oui ❑non ❑ indécise ❑non-informée

AIDANT PRINCIPAL

Nom : …….. Prénom : ……..……
Lien avec l'Accueilli(e) : ……
Adresse :……
……..
Téléphone : …….. Portable :……

MEDECIN TRAITANT

Nom : ……
Adresse : ……
……
Téléphone : ……..

Allergies :……
……
……

Type de transport :	❑ Famille	❑ Taxi	❑ Ambulance

HISTOIRE DE VIE

Date de naissance : ……..…… Lieu de naissance : ……..……
Situation familiale : ❑Marié(e) ❑Veuf(ve) ❑Divorcé(e) ❑Concubinage ❑Célibataire
Nombre d'enfants :……

o Noms et prénoms :…… ……

Ancienne profession : ……
Religion : ……..

Anciens loisirs :

- o Activités sportives et de plein air :……..
- o Activités ludiques :……
- o Activités manuelles et artistiques :……
- o Activités culturelles :……
- o Activités sociales :……

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Le GRÉSIVAUDAN communauté de communes

ACCUEIL DE JOUR Belle vallée FROGES

Animal de compagnie : ……

Evènements marquants (positifs et négatifs, date) :
……
……
……
……
……
……
……

HABITUDES ALIMENTAIRES

- **Boissons :**

Type de boisson bue dans la journée :……
❑avec sucre ❑sans sucre

- **Aliments :** Aliments particulièrement appréciés……..
  ……
  Aliments particulièrement non appréciés……
  ……
  Collation : ❑oui ❑non Heure : ……..

Consistance : ❑normale ❑haché ❑mixé

- Divers :
  Allergies alimentaires ❑oui ❑non Si oui lesquelles……
  Intolérances alimentaires ❑oui ❑non Si oui lesquelles……
  Complément : ❑oui ❑ non Si oui lesquelles……

CAPACITES SENSO-MOTRICES

Lunettes	Audition	Dentier
❑oui ❑non	❑surdité ❑appareillage (G – D)	❑oui ❑non ❑haut ❑bas

- **Se déplace** : ❑seul ❑avec 1 canne ❑avec un déambulateur ❑en fauteuil roulant

- Port de **protections** : ❑oui ❑non Les gère seul(e) : ❑oui ❑non
- **Accompagnement aux WC** : ❑oui ❑non

HUMEUR / COMPORTEMENT

- **Difficultés à s'exprimer** : ❑oui ❑non
  ❑ Aide à la communication : pictogramme – support écrit – autre : ……
  ……
  ……

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

- **Comportement** :

❑agressivité ❑indifférence affective ❑phobie ❑agitation
❑risque de chute ❑troubles alimentaires ❑risque de fugue

Attitude à éviter :
……
……
……
……
Attitude à adopter (rassurante, réconfortante) :
……
……
……
……

- **Humeur** :

Troubles de l'humeur : ❑oui ❑non
Si oui,
lesquels :……
……
……..

- **Vie en groupe** : ❑appréciée ❑vie solitaire ❑difficile
- Besoin de **sollicitation** : ❑oui ❑non ❑parfois

ACTIVITES ET LOISIRS

- **Activités/centres d'intérêts :**

❑Lecture ❑Cinéma ❑Théâtre ❑Expositions
❑Musique ❑Bricolage ❑Marche ❑Jardinage
❑Arts plastiques ❑Mots croisés ❑Cuisine ❑Tricot
❑Broderie ❑Couture ❑Jeux de société : ……
❑ Sport :…… ❑Autres :……

- **Sieste :** ❑oui ❑non Horaires : ……
- **Promenade** : ❑Tous les jours ❑De temps en temps ❑Parfois ❑Jamais

Attentes de l'aidant :

Attentes de la personne accueillie :

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 7 : Tarifs en vigueur

Tarifs TTC en vigueur (applicable au 1er janvier 2026)

TARIF HEBERGEMENT

Tarif journalier + 60 ans : 34.66 €
Tarif journalier - 60 ans : 46.43 €

TARIF DEPENDANCE (CALCUL EN FONCTION DU COEFFICIENT GROUPE ISO RESSOURCES « GIR »)

Personnes classées en GIR 1 et 2 (dépendance forte) :	28.17 €
Personnes classées en GIR 3 et 4 (dépendance moyenne) :	17.87 €
Personnes classées en GIR 5 et 6 (pas de dépendance) :	7.58 €

Personnes classées en GIR 1 à 4 = Tarif hébergement + tarif dépendance (GIR 1 à 4)
Personnes classées en GIR 5 à 6 = Tarif hébergement + tarif dépendance (GIR 5 à 6)

Déduction forfait transport : 12.95€ par jour de présence

TARIF APPLIQUÉ EN CAS D'ABSENCE

HOSPITALISATION			
Durée	**Moins de 72 h**	**A partir de 72h**	**Au-delà de 30 jours**
Tarif hébergement	Facturé	Facturé avec déduction du forfait hospitalier ***place réservée automatiquement***	Non facturé ***place plus réservée***
Tarif dépendance GIR 1 à 6	Facturé		Non facturé ***place plus réservée***

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

CONVENANCES PERSONNELLES			
Durée	**Moins de 72 h**	**A partir de 72h**	**Au-delà de 5 semaines**
Tarif hébergement	Facturé	Facturé avec déduction du forfait hospitalier ***place réservée automatiquement***	Non facturé ***place plus réservée***
Tarif dépendance GIR 1 à 6	Facturé		Non facturé ***place plus réservée***

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 8 : Avenant au contrat d'accueil de jour – Modification des jours d'accueil

Nom, Prénom de de la personne accueillie :

Entre les soussignés :

L'établissement : Nom de l'établissement : ACCUEIL DE JOUR BELLE VALLEE
Adresse : 346 rue de Bretagne 38190 FROGES
Représenté par : M. Henri BAILE
Fonction : Président de la communauté de communes le Grésivaudan

Et

La personne accueillie :
Nom et prénom : ……..
Date de naissance : ……
Adresse : ……

Ou son représentant légal :
Nom et prénom : ……..
Lien avec la personne accueillie : ……
Adresse : ……

Objet de l'avenant

Le présent avenant a pour objet de modifier le ou les jour(s) d'accueil initialement prévu(s) dans le contrat d'accueil de jour signé

Modification apportée

Le(s) jour(s) d'accueil de la personne accueillie, initialement fixé(s) au : **……**

- **Jour(s) actuel(s) : ……. JOURS**

Est/sont désormais modifié(s) et fixé(s) au : **……**

- **Nouveau(x) jour(s) d'accueil : …….. JOURS**

Cette modification prendra effet à compter du : **……..**

Toutes les autres dispositions du contrat initial demeurent inchangées et conservent leur plein effet.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Signatures

Fait à _____, **le ……..**

Signature du représentant de l'établissement :

Signature de la personne accueillie ou de son représentant légal :

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 9 : Notice relative à la désignation de la personne de confiance

Article D. 311-0-4 du Code de l'action sociale et des familles

Le rôle et les modalités de désignation 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 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 rôle ?

La personne de confiance a plusieurs missions :

Accompagnement et présence :

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Etre 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.

Aide pour la compréhension de vos droits :

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 l'indiquer expressément dans le formulaire de désignation figurant en annexe 14. Les missions de cette personne de confiance sont rappelées dans l'annexe 13.

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

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

2. Qui peut la désigner ?

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. Qui peut être 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 14. 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 désigner ?

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, notamment au cours d'une hospitalisation, avant votre début de prise en charge sociale ou médico-sociale. 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

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

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 désigner ?

La désignation se fait par écrit. Il est préférable d'utiliser le formulaire figurant en annexe 14, 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 15). 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 14, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

6. Comment faire connaître 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.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 10 : Missions de la personne de confiance

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 ci-après.

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une 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 pouvez 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 serait 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.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

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.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 11 : Désignation de la personne de confiance

Formulaire de désignation de la personne de confiance mentionnée à 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 : .....

Téléphone fixe professionnel portable .....

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

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 12 : Révocation de la personne de confiance

Formulaire de révocation de la personne de confiance

Mentionnée à 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 : .....

Téléphone fixe professionnel portable .....

E-mail : .....

Comme personne de confiance en application de 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 missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique.

Fait à, le

Signature

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 13 : Formulaire à destination de témoins

Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation ou de révocation de la personne de confiance

Cas particulier : 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 désignation d'une personne de confiance

Témoin 1 :	**Témoin 2 :**
Je soussigné(e), Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) : atteste que la désignation de : Nom et prénom : 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 : Nom et prénom : Fait à le Signature du témoin : Co signature de la personne de confiance : <u>Partie facultative</u> Je soussigné (e), Nom et prénom : atteste également que : Nom et prénom : □ 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 □ non □ □ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui □ non □ □ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui □ non □ Fait à le Signature du témoin : Co signature de la personne de confiance :	Je soussigné(e), Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) : atteste que la désignation de : Nom et prénom : 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 : Nom et prénom : Fait à le Signature du témoin : Co signature de la personne de confiance : <u>Partie facultative</u> Je soussigné (e), Nom et prénom : atteste également que : Nom et prénom : □ 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 □ non □ □ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui □ non □ □ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui □ non □ Fait à le Signature du témoin : Co signature de la personne de confiance :

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

2 Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

Témoin 1 : Je soussigné (e) Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) : **atteste que :** Nom et prénom : **A mis fin à la désignation de** Nom et prénom : Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles ; 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. Fait à Le **Signature du témoin :**	**Témoin 2 :** Je soussigné (e) Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) : **atteste que :** Nom et prénom : **A mis fin à la désignation de** Nom et prénom : Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles ; 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. Fait à Le **Signature du témoin :**

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 14 : Coordonnées médiateur de la consommation

Accueil de Jour Belle Vallée

MÉDIATION DE LA CONSOMMATION

Conformément aux articles L.612-1 et suivants du Code de la consommation, vous pouvez recourir gratuitement à un médiateur en cas de litige non résolu.

Médiateur :
ANM CONSO
2 rue de Colmar – 94300 Vincennes
contact@anmconso.com
01.58.64.00.05

Types de litiges concernés :
Seuls les litiges liés à l'exécution du contrat de séjour sont concernés. Par exemple, vous pouvez saisir le médiateur de la consommation si vous considérez qu'une prestation de service prévue dans le contrat n'a pas été réalisée ou l'a été partiellement.

Les questions médicales ou les questions relatives aux soins sont exclues du champ de compétence du médiateur de la consommation.

Procédure :
- Réclamation écrite préalable auprès de l'établissement pour tenter de résoudre le litige
- Saisine du médiateur si nécessaire

La médiation est :
- Gratuite
- Confidentielle
- Indépendante

Le médiateur ne peut être saisi qu'après une tentative de résolution amiable avec l'établissement

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

SIEGE : Communauté de communes le Grésivaudan - 390, rue Henri Fabre- 38920 CROLLES

EHPAD : Résidence Belle Vallée – 346 rue de Bretagne – 38190 FROGES

Le Résident :

Date de signature du contrat :

EHPAD Résidence Belle Vallée

346, rue de Bretagne
38190 FROGES
Tel : 04 76 45 36 00
Fax : 04 76 71 32 42
ehpad@le-gresivaudan.fr

CONTRAT DE SEJOUR

Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 9H00 à 17H30.

FINESS : 380802595 APE : 8710A

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Sommaire

PREAMBULE....4
I - CONDITIONS D'ADMISSION....7
Article 1 : Durée du séjour....7
Article 2 : Description de l'EHPAD....7
Article 3 : Admission....8
II – LES PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT....9
2.1 Les prestations socles comprises dans le tarif hébergement....9
- 2.1.1 Les prestations d'administration générale....10
- 2.1.2 Les prestations dites d'hébergement....11
- 2.1.3 Les prestations de restauration....14
- 2.1.4 Les prestations de blanchisserie....14
- 2.1.5 Les prestations d'animation proposées par l'établissement....15

2.2 Les prestations complémentaires non comprises dans le tarif hébergement....15
- 2.2.1 Les prestations de soins et d'esthétique....15
- 2.2.2 Les prestations alimentaires....15
- 2.2.3 Les moyens de communication et d'information....16

2.3 Aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne....16
2.4 Les soins....16
- 2.4.1 Permanence médicale....16
- 2.4.2 Soins pharmaceutiques et analyses médicales....17
- 2.4.3 Matériels, fournitures et prestations à caractère médical....17

III – TARIFS, COUT DU SEJOUR....18
- 3.1 Montant des frais de séjour....18
- 3.2 Frais de réservation de la chambre....19
- 3.3 Allocation logement....19
- 3.4 Conditions de facturation et de paiement....20
- 3.5 Conditions particulières de facturation....21

IV – RESILITATION DU CONTRAT....22
4.1 Résiliation à l'initiative du résident....22
4.2 Résiliation à l'initiative de l'établissement....22
- 4.2.1 Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil de l'établissement....23
- 4.2.2 Non-respect du contrat de séjour ou du règlement de fonctionnement....23
- 4.2.3 Résiliation pour défaut de paiement....23
- 4.2.4 Résiliation pour décès....24

V – DOSSIER MEDICAL PARTAGE....24
VI – LITIGES ET DIFFICULTES D'APPLICATION DU CONTRAT....24
VII – RESPECT DES VOLONTES....25
VIII – LIBERTE D'ALLER ET VENIR....25
IX – DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE....26
X– CONCERTATIONS, RECOURS ET MEDIATION....27
XI – INSTANCES REPRESENTATIVES OBLIGATOIRES....27
XII – DROIT À L'IMAGE....28
XIII – SIGNATURE DU CONTRAT....29
ANNEXES....30
Annexe 1 : Liste des personnes à prévenir....30
Annexe 2 : Déclaration du choix du notaire en cas de succession....31
Annexe 3 : Conditions de règlement....32
Annexe 3bis : Demande de prélèvement automatique....33
Annexe 4 : Engagement à provisionner....34

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 5 : Autorisation de perception des revenus par l'établissement sur demande du bénéficiaire de l'aide sociale 35
Annexe 6 : Demande d'accès à une ligne directe de téléphone....36
Annexe 7 : Etat des lieux entrant et sortant 37
Annexe 8 : Certificat de dépôt des biens de valeur....38
Annexe 9 : Tarifs en vigueur....39
Annexe 10 : Contrat de réservation d'une chambre 41
Annexe 11 : Annexe au contrat de séjour 44
Annexe 12 : Notice relative à la désignation de la personne de confiance....48
Annexe 13 : Missions de la personne de confiance....51
Annexe 14 : Désignation de la personne de confiance....53
Annexe 15 : Révocation de la personne de confiance 54
Annexe 16 : Formulaire à destination de témoins 55
Annexe 17 : Autorisation de l'utilisation de l'image d'un majeur capable 57
Annexe 17bis : Autorisation de l'utilisation de l'image d'un majeur incapable et/ou sous tutelle 58
Annexe 18 : Coupon réponse appel de nuit 59
Annexe 19 : Liste des pièces à fournir pour l'entrée....60
Annexe 20 : Trousseau et produits de toilette à fournir 61
Annexe 21 : Coordonnées médiateur de la consommation 62

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

PREAMBULE

Le contrat est établi conformément aux références qui s'appliquent. L'établissement EHPAD Résidence Belle Vallée relève ainsi :

- De la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et à ses décrets d'application,
- Soumis aux dispositions du Code de l'action sociale et des familles (CASF) : de l'article R 314-204,
- Code de l'action sociale et des familles : articles D311 et suivants, D312-155-1 et suivants, R314-149, R314-158 et suivants, R342-1 et suivants, annexe 2-3-1 relative au socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD,
    - des articles L311-3 et suivants, pour les établissements habilités 100% AS,
    - des articles L. 342-1 à L. 342-6, L. 121-3, L. 312-5 et R.342-5 pour les établissements pratiquant le surloyer solidaire,
- A la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,
- Soumis aux décrets n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 et n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,
- Au décret n°2°22-734 du 28 avril 2022 relatif à l'amélioration de la transparence financière,
- Règlement général sur la protection des données, officiellement appelé règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données,
- Loi « Informatique et Libertés » de 1978,
- Loi 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation,
- Code de la consommation : articles L611-1 et suivants, R612-1 et suivants, relatifs au médiateur de la consommation.
- Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) du domicile de secours du résident.

Le contrat de séjour est obligatoire dans le cas d'un séjour continu ou discontinu d'une durée prévisionnelle supérieure à deux mois. Dans le cas d'un séjour inférieur à deux mois, un document individuel de prise en charge peut être établi.
Si la personne prise en charge ou son représentant légal refuse la signature du présent contrat, il est procédé à l'établissement d'un document individuel de prise en charge, tel que prévu à l'article D.311 du Code de l'action sociale et des familles.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Le contrat de séjour définit les droits et les obligations réciproques de l'établissement et des résidents qui y séjournent.

Le contrat de séjour formalise la relation entre la personne accueillie et l'établissement. Il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.

Le présent contrat est remis à chaque nouveau résident, et, le cas échéant à son représentant légal, au moment de la réservation et au plus tard le jour de son entrée dans l'établissement.

Il est établi selon les mesures et règles administratives et juridiques adoptées par les instances et/ou autorités compétentes.

Le présent contrat est établi conformément :

- À la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et notamment les articles L 311-3, L311-4 et L311-7 du Code de l'action sociale et des familles ;
- Au décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou au document individuel de prise en charge.

L'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) Résidence Belle Vallée :

- A été habilité pour l'accueil des personnes âgées, par arrêté n° 93.1539 en date du 8 juin 1993 ;
- Est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale ;
- Est conventionné au titre de l'aide personnalisée au logement.

La présentation de l'établissement figure dans le livret d'accueil.

Le règlement de fonctionnement signé avec le présent contrat précise les droits et devoirs réciproques de l'établissement et des résidents.

Statut : L'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) le Grésivaudan est le gestionnaire de l'EHPAD.

Représenté par Monsieur Henri BAILE, Président de la communauté de communes Le Grésivaudan.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Entre les soussignés :

D'une part,

Monsieur Henri BAILE,

Président de la communauté de communes Le Grésivaudan, organisme gestionnaire de l'EHPAD « Résidence Belle Vallée », située 346, rue de Bretagne – 38190 FROGES, ayant son siège 390, rue Henri Fabre – 38926 CROLLES CEDEX, agissant en vertu de la délibération n°DEL-2026-0110 relative à la délégation d'attributions du Conseil communautaire au Président

Ci-après dénommée « Le Grésivaudan » N° FINESS 380802587

Et d'autre part,

Monsieur Madame (Nom, Prénoms) : .....

.....

Né(e) le : .....

Demeurant Résidence Belle Vallée – 346, rue de Bretagne – 38190 FROGES

Ci-après dénommé(e) « Le Résident »,

Ou

Le cas échéant représenté(e) par un « représentant légal », ci-dessous dénommé, en vertu d'une décision de tutelle, de curatelle, de sauvegarde de justice par le tribunal d'instance de .....

(Joindre photocopie) ou de mandataire contractuel désigné par le résident

Monsieur Madame (Nom, Prénoms) : .....

.....

Né(e) le : .....

Demeurant : .....

.....

Téléphone : .....

Adresse Mail : .....

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

I - CONDITIONS D'ADMISSION

Article 1 : Durée du séjour

Le présent contrat est à durée indéterminée à compter du **……**
Il deviendra définitif à l'issue d'une période d'essai de 2 mois.

La date d'entrée du résident, fixée par accord entre les parties, correspond à la date d'admission.

M/Mme…….. disposera, à compter du **……..** (Date d'effet du présent contrat) de la chambre N° **…..**

Article 2 : Description de l'EHPAD

L'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) « Résidence Belle Vallée » accueille des personnes seules ou en couple, âgées d'au moins 60 ans (une dérogation peut toutefois être accordée par le Département de l'Isère pour les moins de 60 ans), dans la mesure où leur prise en charge relève d'un EHPAD.

L'entrée en établissement représente un changement majeur du cadre de vie pour la personne âgée. À ce titre, l'établissement met en place un suivi d'intégration durant 2 mois, sous l'autorité du cadre de santé, du médecin coordinateur et du psychologue en lien avec le résident et sa famille ou son représentant légal.

Dans la mesure où il deviendrait difficile de poursuivre le maintien du résident dans l'établissement pour des raisons médicales, psychologiques et/ou sociales, un entretien préalable de rupture de contrat serait conduit avec le résident, sa famille ou son représentant légal, et éventuellement son médecin traitant ou tout autre professionnel de santé (médecin attaché à l'établissement …).

L'établissement accueille des personnes en hébergement permanent (80 lits) en chambres individuelles avec douche et toilettes.

L'établissement est habilité à recevoir des personnes relevant de l'aide sociale.

C'est un EHPAD public permettant d'assurer les soins particuliers que requiert la perte d'autonomie momentanée ou durable.

Comme le préconise la circulaire n° DHOS/02/DGAS/2C/2006/2/2 du 15 mai 2006, un transfert définitif vers une unité de soins de longue durée peut être envisagé dans le cas d'une pathologie chronique active au long cours.

L'EHPAD s'inscrit dans une démarche de complémentarité et de réseau de soins, et a passé convention, notamment :

- Avec l'équipe mobile de soins palliatifs (CHU Grenoble Alpes),
- Avec l'équipe mobile de gérontologie,
- Avec l'équipe mobile de psychiatrie,
- Avec le Réseau Inter-Hospitalier de Prévention des Infections Nosocomiales (RIPIN).

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Article 3 : Admission

L'admission est prononcée par la Direction de l'établissement après avis du médecin coordonnateur, en fonction des capacités de prise en charge de l'établissement et de l'état clinique de la personne âgée, sur présentation des documents suivants :

D'un dossier administratif comprenant :

- Dossier de demande d'entrée en établissement (cerfa n° 1473201),
- Contrat de réservation,
- Photo d'identité,
- Photocopie de la carte d'identité et du livret de famille,
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la carte d'immatriculation à un organisme maladie (carte vitale),
- Photocopie de la carte de complémentaire santé, numéro d'adhérent, nom et adresse de votre complémentaire santé (le cas échéant),
- Justification des ressources :
  - Retraites principales et complémentaires,
  - Autres (exemple : produits de loyer, allocation compensatrice, tierce personne, etc),
- Dernier avis d'imposition (tout changement dans les ressources sera à signaler à l'établissement),
- Attestation d'assurance de responsabilité civile de l'année en cours,
- Copie du jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice (le cas échéant),
- Liste des personnes à prévenir avec adresses et numéros de téléphone (annexe n°1),
- Déclaration du choix du notaire en cas de succession (annexe n°2),
- Conditions de règlement (annexe n°3),
- Demande de prélèvement automatique, le cas échéant (annexe n°3 bis),
- Relevé d'identité bancaire.

Pièces facultatives pour les résidents ayant demandé le bénéfice de l'aide sociale :

- Engagement à provisionner (annexe n°4),
- Autorisation de perception des revenus par l'établissement sur demande du bénéficiaire de l'aide sociale (annexe n°5),
- Justification de l'admission à l'aide sociale (les bénéficiaires de l'aide sociale doivent fournir soit une admission d'urgence délivrée par le Maire du lieu de résidence, soit une décision d'admission de la Commission d'Aide Sociale).

D'un dossier médical comprenant :

- Attestation du médecin traitant (désigné par le résident ou son représentant légal), qui s'engage à assurer les visites du résident au sein de l'EHPAD,
- Dossier médical comprenant le bilan médical et d'autonomie, établi par le médecin traitant et constatant l'état de santé du futur résident,
- Bilan d'évaluation-orientation établi par le Centre de Prévention Agirc Arrco,
- Dernière notification de l'APA à domicile,
- Copie du dossier médical complet qui doit être tenu à votre disposition par le médecin ainsi que par les structures qui vous ont suivi(e),
- Ordonnance du médecin traitant pour la préparation des piluliers par les pharmacies **(à remettre 48h avant l'entrée),**
- Les dernières analyses biologiques.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Une visite de préadmission avec l'équipe médicale sera programmée pour que le futur résident découvre le personnel, la résidence et les activités réalisées

L'établissement, en concertation avec le résident et sa famille, peut proposer des changements de chambre pour raison médicale ou autre (travaux, problème de voisinage, aggravation de l'état de santé).

L'admission dans un secteur de la résidence est potentiellement évolutive en fonction de l'état de santé du résident et de ses besoins. Un changement de service sera organisé pour proposer un accompagnement et une prise en charge optimale s'il y a lieu. En l'absence de terrain d'entente, la situation sera étudiée en commission pluridisciplinaire.

II – LES PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT

En application du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015, l'EHPAD Belle Vallée délivre une série de prestations minimales d'hébergement.

Outre ces prestations socles, rappelées à l'article 2.1 du présent contrat de séjour, l'établissement propose :

- Des prestations complémentaires (non-comprises dans le tarif hébergement) et fixées à l'article 2.2
- Une aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie décrite à l'article 2.3
- Des soins définis dans l'article 2.4

Toutes ces prestations pourraient se voir modifiées en cas de déclenchement du plan bleu ou du plan de gestion de crise de l'établissement.

2.1 Les prestations socles comprises dans le tarif hébergement

Les prestations socles dues à tous les résidents recouvrent l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage et d'animation de la vie sociale de l'établissement.

Ces prestations ne sont pas liées à l'état de dépendance des résidents.

Les prestations socles :

I- Prestations d'administration générale :

- Gestion administrative de l'ensemble du séjour :
  - Tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;
  - Etat des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement ;
  - Tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la Protection Universelle Maladie (Puma – ex CMU), la Complémentaire Santé Solidaire (C2S – ex CMU-C), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement ;
- Elaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ;
- Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

II-Prestations d'accueil hôtelier :

- Mise à disposition de la chambre et des locaux collectifs ;
- Accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes ;
- Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement ;
- Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD ;
- 5° Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour ;
- 6° Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ;
- 7° Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;
- 8° Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre ;
- 9° Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans toute ou partie de l'établissement.

III-Prestation de restauration :

- 1° Accès à un service de restauration ;
- 2° Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.

IV-Prestation de blanchissage :

- Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.

V-Prestation d'animation de la vie sociale :

- 1° Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ;
- 2° Organisation des activités extérieures.

• 2.1.1 Les prestations d'administration générale

Les prestations d'administration générale de l'établissement comprennent :

- La gestion administrative de l'ensemble du séjour, qui inclut elle-même :
  - La gestion des rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée dans l'établissement,
  - La gestion des états des lieux contradictoires d'entrée et sortie réalisés par le personnel de l'établissement,
  - La gestion de tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et/ou la personne de confiance, ou avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment la gestion des correspondances pour les différents dossiers dont la Protection Universelle Maladie (Puma – ex CMU), la Complémentaire Santé Solidaire (C2S – ex CMU-C), l'aide sociale à l'hébergement ou l'allocation logement,
- L'élaboration et le suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants,
- Les prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale qui couvrent les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun,
- Le gardiennage d'objets de valeur au coffre de l'établissement.

Les démarches de demande d'aide (aide sociale, allocation personnalisée au logement, etc.) sont à réaliser par le résident et sa famille. Sans entourage présent, l'établissement accompagnera le résident dans ces démarches.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

- **2.1.2 Les prestations dites d'hébergement**

  - ***Article 1 : La mise à disposition d'un logement***

L'établissement met à disposition du résident une chambre individuelle.

L'attribution de la chambre est effectuée en fonction de l'état médical et psychologique du résident.

En cas de modification de l'état constaté au moment de l'entrée du résident dans l'établissement, un changement de secteur peut être demandé par la direction après information du représentant légal.

Ce changement de chambre fera l'objet d'un avenant au présent contrat.

Composition et caractéristiques du mobilier de la chambre, propriété de l'établissement :

- Un lit médicalisé, avec la literie nécessaire
- Une table de nuit
- Un fauteuil
- Une table et une chaise
- Une commode
- Un placard (étagère, penderie)
- Une salle de bain comprenant : un lavabo, des toilettes et une douche.

Le mobilier et les équipements sont adaptés à l'état de la personne âgée.

Le résident peut amener des effets et du mobilier personnels s'il le désire (fauteuil, photos …) dans la limite de la taille de la chambre, et ce pour des raisons d'hygiène et de sécurité.

Les appareils électriques devront être en bon état de fonctionnement (un certificat de conformité doit être fourni) et seront utilisables après accord de la direction.

Attention, l'entretien des objets personnels n'est pas à la charge de la structure (exemple : frigo, ampoule de lampe de chevet, piles de télécommande, réparations diverses …). La détention de produits alimentaires dans les logements est de la responsabilité exclusive du résident et de sa famille. Les constats répétés de produits périmés conservés dans un réfrigérateur personnel pourraient amener l'établissement, en accord avec le résident, à retirer ledit appareil.

De plus, les couvertures chauffantes, les fers à repasser et les réchauds au gaz sont interdits, en raison du danger potentiel qu'ils représentent.

Cette chambre correspond à un logement à usage privatif situé dans un établissement collectif soumis à un règlement de fonctionnement.

De ce fait, personne ne peut y pénétrer sans l'autorisation préalable du résident concerné sauf nécessité d'intervention d'urgence.

Il peut être remis au résident ou à son représentant légal une clé de sa chambre, contre décharge.

Chaque chambre est équipée :

- D'une serrure fermant à clé
- D'un branchement téléphonique : le combiné doit être fourni par la famille
  - Le résident peut demander l'accès à une ligne directe (annexe n°6). Le tarif est mentionné en annexe n°9.
- D'une prise d'antenne T.V. : pour des raisons de sécurité, il est demandé que le téléviseur soit neuf ou en bon état de marche (preuve d'achat demandée).

L'électricité, le chauffage et l'eau sont à la charge de la structure.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

L'établissement assure l'entretien des sols, du mobilier et des sanitaires de la chambre, y compris les petites réparations liées au mobilier et à la chambre mis à disposition (voir règlement de fonctionnement).

Le résident ne pourra effectuer aucune transformation de la chambre mise à disposition.

Un état des lieux entrant et sortant sera effectué en présence des parties et/ou de la famille (annexe n°7).

Article 2 : Objets de valeur et effets personnels

Conformément aux articles L.1113-1 à L111.3-10 du Code de la santé publique, relatifs à la responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies, nous vous informons des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement ainsi que sur les possibilités de dépôt de ces biens :

- **Les sommes d'argent, titres et valeurs, livrets d'épargne, chéquiers, cartes de crédits, bijoux et objets précieux** peuvent être déposés au coffre de l'EHPAD ou auprès du Comptable de l'Établissement (la Trésorerie de Le Touvet). A défaut, l'établissement ne peut être tenu responsable en cas de perte ou de vol.

- **Les autres biens mobiliers** dont la nature justifie la détention pendant le séjour (objets d'usage courant, papiers d'identité, clés …) peuvent être déposés auprès du Régisseur de l'EHPAD et sont conservés dans un coffre au sein de l'Établissement.

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

- **Les objets abandonnés (retrait non effectué ou objet non déposé en Trésorerie)** seront remis après une période d'un an à la Caisse des Dépôts et Consignations s'il s'agit de valeurs, ou au service des domaines, aux fins d'être mis en vente pour les autres biens.

Procédure de retrait des biens déposés :

- Pour les biens déposés auprès du régisseur de l'établissement :

Ces biens sont rendus sur demande à la personne ou à son représentant légal, et au plus tard à la fin du contrat après vérification du certificat de dépôt des biens de valeur signé à l'entrée (annexe 8).

- Pour les biens déposés auprès de la Trésorerie de Le Touvet :

Le retrait des biens déposés auprès du Trésorier peut être effectué par le résident, le représentant légal ou toute personne mandatée par le résident.

Le retrait peut s'effectuer soit à la Trésorerie, soit auprès du Régisseur.
Il doit présenter le reçu qui lui a été remis lors de l'enregistrement de son dépôt.

À noter que les objets non réclamés seront remis dans un délai d'un an à la Caisse des Dépôts et Consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres, valeurs mobilières, bijoux et objets de valeurs ou, pour les autres biens mobiliers, au Service des domaines aux fins d'être mis en vente.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

M. Mme (Nom, Prénoms) :

……

Représenté(e) par :

……

Reconnait avoir été informé(e) des règles relatives aux biens et objets personnels.

- ☐ L'intéressé(e) ou son représentant a effectué le dépôt de ses biens personnels dont le certificat de dépôt se trouve annexée au présent contrat (annexe n°8).
- ☐ L'intéressé(e) ou son représentant n'a pas effectué de dépôt.

Le Régisseur de l'Établissement se tient à votre disposition pour toutes précisions complémentaires que vous souhaiteriez obtenir.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Article 3 : Les parties communes

Le résident disposera de l'accès aux parties communes de l'établissement : salons, salles d'animation, salle de télévision, salles de restauration …

Le résident s'engage à user des lieux mis à sa disposition en « bon père de famille ».

Pour des raisons de sécurité, le résident ne pourra effectuer aucune transformation des locaux mis à disposition.

Le résident devra se conformer au règlement de fonctionnement intérieur de l'établissement annexé au présent contrat et notamment :

- Ne pas dégrader les locaux mis à sa disposition
- Ne pas porter atteinte à la tranquillité des autres résidents.

2.1.3 Les prestations de restauration

Les repas sont fabriqués au sein de l'établissement. L'offre de restauration comprend le petit-déjeuner, le déjeuner, le goûter, le dîner et la collation nocturne le cas échéant.

Les repas sont servis en salle à manger. Ils peuvent être exceptionnellement servis en chambre sur avis du médecin ou de l'infirmière.

Les repas sont adaptés à la personne âgée, aussi bien dans sa composition que dans sa consistance selon les prescriptions médicales et dans le respect des choix et du consentement du résident.

L'établissement peut assurer les repas pour les familles accompagnantes (voir prestations non comprises dans le tarif hébergement).

Concernant les 14 allergènes à déclaration obligatoire et autres, ceux connus du résident sont recueillis par un personnel soignant le jour de l'admission lors d'un entretien et consignés dans le Projet d'Accompagnement Individualisé (PAI) du résident. Si une allergie venait à être découverte durant le séjour, l'établissement serait mis au courant par le résident, son représentant légal ou un proche pour l'actualisation dudit document.

2.1.4 Les prestations de blanchisserie

Le linge de maison est fourni, blanchi et entretenu par l'établissement (draps, taies d'oreiller, dessus de lit, couvertures, serviettes de bains).

Si le résident le souhaite, il pourra utiliser son propre linge de toilette, dont l'entretien et le renouvellement seront pris en charge par l'établissement.

Le linge personnel est à doter selon le trousseau figurant en annexe 20 et à renouveler aussi souvent que nécessaire.

Le nettoyage et l'entretien du linge des résidents, à l'exclusion du nettoyage à sec et du linge fragile (Damart, pure laine, laine mélangée, soie, cuir, produits en Rhovyl, …) nécessitant un entretien particulier non compatible avec les normes d'hygiène en vigueur, peuvent être assurés par l'établissement, sauf avis contraire de la famille.

Afin de garantir une bonne traçabilité et de sécuriser le circuit du linge personnel, ces effets doivent être systématiquement marqués avec des étiquettes référencées par l'établissement et selon une codification interne, **même pour les cas où le linge est entretenu par la famille**. Des informations supplémentaires pourront être données par le secrétariat de l'établissement. L'identification du linge est une prestation comprise dans le tarif hébergement.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Dans le cas où les proches entretiennent le linge du résident, le linge sale ne peut rester plus de 72h dans le logement. En cas de constat d'un délai supérieur, pour des raisons d'hygiène, le linge sera traité par l'établissement.

- **2.1.5 Les prestations d'animation proposées par l'établissement**

Diverses activités et animations sont proposées par le personnel de l'établissement aux résidents : ateliers créatifs, chansons, activités gym douce, …

Le programme d'activité est conçu et mis en œuvre par l'animatrice de l'établissement, avec l'appui éventuel du personnel de l'établissement (aides-soignants, agents hôteliers, …).

Le résident est libre de participer ou non à une animation et en aucun cas, sa participation ne peut lui être imposée. Certaines activités peuvent nécessiter la présence exclusive du résident, les familles et proches étant invités à patienter dans un espace commun de l'établissement.

2.2 Les prestations complémentaires non comprises dans le tarif hébergement

L'établissement, conformément à la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, propose des prestations complémentaires facturables, déclinées ci-dessous et pour lesquelles les tarifs sont communiqués en annexe. Les prix sont révisés annuellement et transmis par voie d'affichage et par écrit. Il en est de même pour toute nouvelle prestation.

Les prestations souscrites dans l'attente d'une décision d'aide sociale acceptée sont dues.

Certaines prestations complémentaires peuvent être facturées sous forme d'abonnement. Tout mois commencé est alors dû.

- **2.2.1 Les prestations de soins et d'esthétique**

Le résident peut bénéficier de prestations de coiffure ou de pédicure au sein de l'établissement, selon les horaires et tarifs affichés. Ces prestations sont assurées par des prestataires extérieurs et sont à régler directement auprès de ces derniers.

Des agendas sont disponibles à l'accueil pour la prise de rendez-vous.
Le résident doit posséder ses produits d'hygiène (savon, shampoing, mousse à raser, dentifrice, brosse à dents, peigne, …) et les renouveler régulièrement.

- **2.2.2 Les prestations alimentaires**

Les personnes invitées par le résident ont la possibilité de prendre leur repas (déjeuner) au restaurant de l'établissement, moyennant le tarif en vigueur, fixé par l'établissement (tarifs en annexe). L'établissement a la possibilité d'accueillir maximum 2 accompagnants par résident, dans la limite de deux familles par repas.

Le résident devra en informer le secrétariat 48h avant au plus tard.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

- **2.2.3 Les moyens de communication et d'information**

Une prise téléphonique est disponible dans chaque logement. Le résident peut bénéficier d'un abonnement téléphonique sur demande auprès du secrétariat (annexe 6), pour un montant de 7,24€ par mois (communications comprises). Le forfait téléphonique est payé mensuellement à terme échu par le résident ou son représentant légal à réception de la facture.

En ce qui concerne la télévision, l'établissement ne fournit pas les téléviseurs. Le résident peut ainsi brancher sa propre télévision, sous réserve que celle-ci doit adaptée au mobilier présent dans la chambre.

Une connexion wifi en libre accès est disponible dans l'ensemble de l'établissement.

2.3 Aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne

Afin de maintenir ou de développer l'autonomie du résident, l'établissement assure une aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, notamment :

- L'alimentation
- La toilette
- L'habillage et le déshabillage
- Les déplacements dans l'enceinte de l'établissement (et à l'extérieur dans le cadre de certaines animations)
- La prise en compte de l'incontinence (protections fournies par l'établissement)
- Les soins techniques dans la mesure où ils ne relèvent pas d'une structure sanitaire.

Cette aide peut être partielle ou totale.

2.4 Les soins

- **2.4.1 Permanence médicale**

L'établissement assure les prestations médicales et paramédicales, nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement, ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance des résidents.

L'admission au sein de l'établissement ne sera possible qu'à condition qu'un médecin traitant soit désigné par le résident, son représentant légal ou à défaut sa famille.

Les soins prescrits par le médecin traitant sont assurés par des infirmiers, des aides-soignants et des accompagnants éducatifs et sociaux (AES) diplômés.

Le respect du libre choix du praticien par le résident ou son représentant légal est garanti, à condition que celui-ci se conforme au fonctionnement de l'établissement.
L'examen du résident par le médecin traitant de son choix peut se faire en l'absence de tierce personne, personnel de l'établissement ou membre de la famille.

Dans ce cadre, la facture de la visite médicale, les médicaments, les examens de biologie et de radiologie, les prestations paramédicales (kinésithérapeute, etc. …) sont à la charge du résident.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

- ## 2.4.2 Soins pharmaceutiques et analyses médicales

L'établissement a signé des conventions de partenariat avec d'autres professionnels de santé, portant notamment sur les examens de biologie et la délivrance des médicaments par deux officines de la commune. Ces conventions définissent notamment les modalités de transmission des ordonnances des résidents de manière sécurisée et les modalités de prise en charge associées (préparation des piluliers, réalisation d'analyses biologiques, …).

Le respect du libre choix du pharmacien ou du laboratoire d'analyses médicales est garanti. Cependant, l'acheminement des médicaments et des examens sera à la charge de la famille le cas échéant.

- ## 2.4.3 Matériels, fournitures et prestations à caractère médical

L'établissement met à disposition du résident le matériel de la liste des produits et prestations (LPP).

L'établissement devra être informé de tout matériel ou produit médical dont le résident dispose à son domicile avant son admission au sein de l'établissement. Dès lors que ces matériels et produits sont remboursés par l'Assurance Maladie, le résident ou son représentant légal s'engage à en dénoncer la location afin d'interrompre la facturation.

A défaut, toute facturation relative aux matériels et produits médicaux dont disposait le résident avant son entrée dans l'établissement susceptible d'être adressée par l'Assurance Maladie à l'EHPAD Belle Vallée, fera l'objet d'une facturation supplémentaire de l'établissement à la charge du résident.

La famille ou les proches ne peuvent réaliser d'achat de petits matériels ou fournitures médicales sans l'aval de l'établissement.

Les produits hors liste des dispositifs médicaux ainsi que les consultations médicales et paramédicales non remboursés par la Sécurité Sociale sont à la charge du résident.

Les transports particuliers (taxi, VSL) ne sont pas pris en charge par l'établissement.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

III – TARIFS, COUT DU SEJOUR

L'établissement ayant signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le Département de l'Isère et l'Agence Régionale de Santé, les décisions tarifaires et budgétaires annuelles sont fixées par arrêté de ces autorités, et s'imposent à l'établissement comme à chacun des résidents qu'il héberge (annexe n°9).

Depuis le 1er janvier 2025, la loi Bien Vieillir permet aux EHPAD totalement ou majoritairement habilités à l'aide sociale de mettre en place des tarifs d'hébergement différenciés pour les résidents ne relevant pas de l'aide sociale, à niveau de garantie équivalent.

Les tarifs journaliers sont ainsi révisables annuellement dans le respect des dispositions règlementaires et applicables à compter de la date d'effet de l'arrêté. A chaque modification, les nouveaux tarifs sont affichés dans l'établissement et portés à la connaissance des résidents de manière individuelle.

• 3.1 Montant des frais de séjour

Le coût du séjour comprend trois tarifs :

- Le tarif hébergement fixé, conformément à la loi et aux règlementations en vigueur, par le Président du Département de l'Isère pour les résidents relevant de l'aide sociale, et par le gestionnaire pour les résidents ne relevant pas de l'aide sociale.
- Le tarif dépendance qui varie en fonction du niveau de l'autonomie des résidents dans les conditions définies par les dispositions règlementaires.
- Le tarif soins pris en charge par l'Assurance maladie et non facturable aux résidents.

➢ *3.1.1 Frais d'hébergement*

Le tarif hébergement inclut tous les frais relatifs aux prestations socles décrites à l'article 2.1 du présent contrat de séjour.
L'arrêté applicable au moment de la signature du contrat est annexé au présent, à titre exclusivement informatif et non contractuel.
Le tarif hébergement est réglé par la personne accueillie ou en cas d'insuffisance de revenus par l'Aide Sociale départementale et/ou la mise en jeu de l'obligation alimentaire.

Les frais d'hébergement (nombre de jours de présence dans le mois x tarif hébergement) sont payés mensuellement à terme échu par le résident ou son représentant légal à réception de la facture.

➢ *3.1.2 Tarif dépendance*

Il recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôteliers et fournitures diverses (notamment les fournitures d'incontinence) concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

On distingue trois niveaux de tarifs correspondant au degré de perte d'autonomie du résident, repéré selon son Groupe Iso-Ressources (GIR) :

- GIR 1 et 2 : résidents présentant une dépendance importante
- GIR 3 et 4 : résidents présentant une dépendance moyenne
- GIR 5 et 6 : résidents autonomes ou présentant une dépendance faible

Le classement des résidents par GIR est effectué par le médecin coordonnateur de l'établissement.

En fonction de leur perte d'autonomie et du niveau de leurs ressources, les résidents peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) versée directement par le Département à l'établissement. Les résidents classés en GIR 5-6 n'ont pas le droit au bénéfice de l'APA.

Le tarif dépendance reste à la charge du résident. Tous les résidents, quel que soit leur classement sur la grille A.G.I.R.R., doivent s'acquitter du tarif dépendance 5-6 qui représente le montant du ticket modérateur.

Pour les résidents non domiciliés en Isère, un dossier de demande d'APA peut être effectué auprès de leur département d'origine.

➢ *3.1.3 Tarif soins*

Le tarif soins est fixé conformément à la loi et aux règlements en vigueur par l'autorité compétente pour l'Assurance Maladie. Il n'est pas facturé au résident. Il est versé directement à l'établissement par l'Assurance Maladie sous forme de dotation.

• 3.2 Frais de réservation de la chambre

Une réservation est effectuée à partir du moment où une chambre libre est attribuée.

Tant que le contrat de séjour n'est pas signé, la réservation ne peut être considérée comme effective.

Il convient aux familles de remplir un contrat de réservation (annexe n°10).

• 3.3 Allocation logement

Le résident ou son représentant légal peut demander une allocation logement auprès des organismes compétents (C.A.F., M.S.A.). L'EHPAD remet le dossier au résident ou son représentant et complète la partie qui lui incombe.

Le résident assurera le paiement de ses frais de séjour en cas de rejet de sa demande.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

- **3.4 Conditions de facturation et de paiement**

  - ***3.4.1 Modalités de paiement***

Les factures mensuelles sont établies à terme échu et sont adressées directement au résident ou à son représentant légal, avant le 10 du mois suivant.

Le résident ou son représentant légal doit s'acquitter de cette facture dans un délai de 30 jours maximum à compter de la date de réception de la facture auprès de la Trésorerie de Le Touvet, par chèque, prélèvement automatique ou TIPI (cf. modalités de règlement en annexe n°3).

  - ***3.4.2 Cas particulier des bénéficiaires de l'aide sociale***

Les personnes âgées admises dans les établissements sociaux et médico-sociaux au titre de l'aide sociale doivent s'acquitter des frais d'hébergement à hauteur de 90% de leurs ressources dans l'attente de la notification d'admission à l'aide sociale.

La décision d'admission à l'aide sociale intervenant souvent plusieurs mois après l'entrée de l'hébergé, il est institué le versement d'une provision dont le montant est égal à 90 % des ressources de l'hébergé (annexe n°4). Cette provision est comptabilisée sur un compte en attente chez le comptable (Trésorerie de Le Touvet) et est restituée au résident lorsque l'établissement reçoit la notification du conseil départemental.

La contribution définitive de l'hébergé est fixée par la Commission d'Aide Sociale et peut faire apparaitre une contribution à la charge du résident.

Le Président du Département de l'Isère est le garant des conditions dans lesquelles s'effectue la perception des revenus des résidents admis à l'Aide Sociale (annexe n°5).

À défaut, si dans un délai de 3 mois le résident ne s'acquitte plus de sa contribution, le responsable de l'établissement peut demander l'autorisation de perception des revenus par prélèvement d'office.

La somme minimale dont peuvent disposer mensuellement les résidents est égale à 1 centième du montant annuel des prestations minimales de vieillesse ou à 10 % de leurs ressources, à l'exception de l'allocation logement.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

- **3.5 Conditions particulières de facturation**

3.5.1 En cas d'absence pour convenances personnelles

Le résident peut s'absenter pour convenance personnelle, pour un ou plusieurs jours avec un maximum de 5 semaines par an (sauf contre-indication médicale).

Le résident doit informer l'infirmière ou la direction de ses dates d'absence **au moins 48 heures à l'avance**. Pendant son absence, sa chambre lui est réservée. Au-delà de 5 semaines cumulées, la chambre n'est plus réservée et un nouveau contrat de réservation est à mettre en place (annexe n°10).

Le tarif appliqué à partir du 1er jour d'absence correspond au tarif journalier (cf. annexe 9) minoré du forfait hospitalier journalier en vigueur fixé par la Sécurité Sociale.

3.5.2 En cas d'absence pour hospitalisation

Sauf demande expresse et écrite du résident ou de son représentant, le logement est conservé quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

Il doit continuer à régler la totalité des frais de séjour à l'EHPAD Résidence Belle Vallée.

A compter du 1er jour d'hospitalisation jusqu'au retour, les résidents sont exonérés du ticket modérateur qui correspond au prix de journée dépendance GIR 5/6.

Le tarif appliqué à partir du 4e jour d'hospitalisation correspond au tarif journalier (cf. annexe 9) minoré du forfait hospitalier journalier en vigueur fixé par la Sécurité Sociale.

3.5.3 En cas de décès ou sortie du résident

La direction de l'établissement, le résident et sa famille conviennent que la libération des meubles et des effets personnels est à la charge de la famille du résident. La chambre doit être libérée au plus tard dans les 3 jours qui suivent le décès.

En cas de décès ou de sortie, le résident, la famille et les proches sont informés et il leur est rappelé qu'il leur appartient de procéder à la libération du logement. A défaut et sans consigne de la part de la famille, l'établissement se réserve le droit de facturer le logement jusqu'au 3e jour inclus.

À noter qu'au cas où du mobilier subsisterait dans la chambre au-delà du délai de 3 jours, celui-ci sera réputé comme abandonné par la famille ou les ayant-droit. L'établissement pourra alors en disposer à sa convenance, y compris pour destruction ou don à une œuvre caritative.

La facturation sera établie sur la base du tarif journalier (cf. annexe 9) minoré du forfait journalier hospitalier en vigueur établi par la Sécurité Sociale. La facturation cessera à la fin de ce troisième jour.

Dès lors que les objets personnels du résident ont été retirés des lieux qu'il occupait (y compris avant la fin du délai de 3 jours), seules les prestations d'hébergement délivrées antérieurement au décès mais non acquittées peuvent être facturées.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

IV – RESILITATION DU CONTRAT

4.1 Résiliation à l'initiative du résident

A l'initiative du résident ou de son représentant légal, **le présent contrat peut être résilié à tout moment par écrit**, par lettre remise en main propre à l'établissement contre décharge ou par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le résident dispose d'un délai de 48h pour revenir sur sa décision sans avoir à justifier d'un motif.

Dans un délai de 15 jours suivant la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure :

Le résident ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer un droit de rétractation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis ne puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effective.

Passé ce délai de 15 jours :

La décision doit être notifiée à l'établissement dans un délai de **15 jours** avant la date prévue de départ.

Si le résident est présent dans l'établissement durant le préavis, les frais de séjour (tarif hébergement + tarif dépendance) seront dus intégralement jusqu'à la date de départ. Le jour de sortie est facturé. Le déménagement est à la charge du résident.

Si le résident quitte l'établissement avant le terme du préavis, le prix de journée diminué du forfait hospitalier journalier sera dû jusqu'au terme du préavis.

Le logement est libéré à la date prévue de départ.

4.2 Résiliation à l'initiative de l'établissement

Conformément à l'article L311-4-1 du Code de l'action sociale et des familles, la résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement peut intervenir :

- Dans le cas où la personne accueillie cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement, lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans cet établissement, après que le gestionnaire se soit assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée,
- En cas d'inexécution par la personne accueillie d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, sauf lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelle de la personne accueillie,
- En cas de cession totale de l'activité de l'établissement.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

- **4.2.1 Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil de l'établissement**

Si l'état de santé du résident ne permet plus son maintien dans l'établissement, et en **l'absence de caractère d'urgence**, la direction de l'établissement prend toutes les mesures appropriées autant que faire se peut, en concertation avec les parties concernées, sur avis du médecin traitant ou du médecin coordonnateur de l'établissement. Une autre solution d'accueil, plus adaptée, est alors recherchée.

Le résident (et son représentant légal le cas échéant) et le référent familial sont avertis par le directeur, dans les plus brefs délais, des mesures prises et de leurs conséquences.

Dès lors qu'une solution d'accueil adaptée à la situation du résident est trouvée, l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. Ce courrier précise le ou les motifs précis de la résiliation. Le résident (et son représentant légal le cas échéant), peut éventuellement en contester le caractère sérieux et légitime. Le logement est libéré dans un délai d'un mois à compter de la réception par le résident de la notification de résiliation de son contrat de séjour.

En cas d'urgence, le directeur est habilité à prendre toute mesure appropriée sur avis du médecin traitant ou du médecin coordonnateur de l'établissement.

- **4.2.2 Non-respect du contrat de séjour ou du règlement de fonctionnement**

En cas d'inexécution par le résident des obligations lui incombant au titre de son contrat de séjour ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, le résident et/ou son représentant légal sera reçu par le directeur de l'établissement afin de s'entretenir avec lui sur les raisons de ses manquements.
L'entretien visera, dans la mesure du possible, à trouver en commun les moyens de faire cesser les atteintes, dans un délai qui sera défini lors de cet entretien, donnant lieu à un compte-rendu détaillant la tenue de cette rencontre et son issue.

Si un tel entretien ne peut être organisé, l'usager sera informé par courrier recommandé.

Si, à l'expiration du délai susmentionné, les manquements n'ont pas cessé et après avoir recueilli un avis médical, le contrat de séjour sera résilié par lettre recommandée avec accusé de réception. Le résident disposera alors d'un préavis de 30 jours pour quitter les lieux, à compter de la notification de la résiliation.

La résiliation en cas d'incompatibilité de comportement ne peut être prononcée lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution et ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne accueillie.

- **4.2.3 Résiliation pour défaut de paiement**

Tout retard de paiement égal ou supérieur à 30 jours est notifié au résident ou à son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception et doit être régularisé dans un délai de 30 jours à partir de la notification du retard de paiement.

A défaut de paiement, une procédure judiciaire de recouvrement pourra être mise en œuvre. Au demeurant, le résident qui ne paye pas ses frais d'hébergement s'expose à la résiliation de son contrat de séjour pour ce motif.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

- **4.2.4 Résiliation pour décès**

Le contrat de séjour prend automatiquement fin et de plein droit au décès du résident. Le représentant légal et/ou les héritiers sont automatiquement informés. Le logement devra être libéré rapidement.

V – DOSSIER MEDICAL PARTAGE

Le Dossier Médical Partagé (DMP), institué par la loi du 13 août 2004, a pour objectif de faciliter le partage d'informations entre professionnels de santé, éviter les actes redondants et agir contre les interactions médicamenteuses.

Le DMP n'est pas obligatoire, sa création relève du choix exclusif du résident. Ce consentement à la création du DMP est consigné par l'établissement.

Accessible rapidement, à tout moment, le DMP centralise les informations et les documents utiles à la prise en charge globale du résident : antécédents, allergies, prescriptions et traitements, comptes rendus hospitaliers et radiologie, analyses de laboratoire, résultats d'examens complémentaires, ….

En situation d'urgence : le médecin régulateur du centre 15 peut accéder au DMP du résident via le logiciel du centre de régulation sans disposer de sa carte Vitale.

VI – LITIGES ET DIFFICULTES D'APPLICATION DU CONTRAT

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat et à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, un entretien pourra être mise en place à la demande de la partie la plus diligente, afin de trouver une solution amiable et adaptée à la situation du résident.

Le résident pourra également faire appel à une « personne qualifiée » extérieure pour faire valoir ses droits. La liste de ces personnes qualifiées est affichée à l'entrée de l'établissement.

Le résident aura aussi accès à un dispositif de médiation de la consommation en vue de la résolution amiable de tout litige éventuel dont les coordonnées sont affichées dans l'établissement avec l'ensemble des affichages règlementaires.

Si ces procédures amiables ont échoué, les conflits nés de l'application des termes du présent contrat seront portés devant la juridiction territorialement compétente.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

VII – RESPECT DES VOLONTES

En cas de décès, les volontés exprimées par le résident sont scrupuleusement respectées.

Pompes funèbres souhaitées :

……

Un contrat d'obsèques (ou des orientations quant aux pompes funèbres à contacter) est nécessaire à l'entrée.

Les frais d'hébergement courent jusqu'à la libération de la chambre.

VIII – LIBERTE D'ALLER ET VENIR

La liberté d'aller et venir du résident accueilli au sein de l'établissement s'apprécie tant au regard de sa libre circulation à l'intérieur de la structure que de la possibilité qui lui est laissée de mener une vie ordinaire au sein de celle-ci. Cette liberté fondamentale s'appuie sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne.

L'article L. 311-4-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) introduit la possibilité de joindre une annexe au contrat de séjour (annexe 11) qui définit des mesures individuelles à prendre, autres que celles précisées au règlement de fonctionnement 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.

Il est à préciser que la conclusion de l'annexe au contrat (annexe 11) ne constitue pas une obligation à l'égard de l'ensemble des résidents accueillis. Seuls sont concernés ceux dont l'état de santé nécessite la mise en œuvre de mesures de restrictions de leur liberté d'aller et venir.

Pour chacune des mesures particulières prises dans le cadre du 14° de l'article D.312-158 du Code de l'action sociale et de la famille et du I de l'article L.311-4-1 du même code, le (la) directeur (trice) de l'établissement est tenu de rechercher, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur, le consentement du résident pour leur mise en œuvre.

L'élaboration de l'annexe fait l'objet d'une procédure détaillée :

- Le résident est examiné par le médecin coordonnateur ou à défaut par le médecin traitant ;
- Le médecin coordonnateur réunit l'équipe médico-sociale pluridisciplinaire pour évaluer des risques et bénéfices des mesures envisagées ;
- Le projet d'annexe est arrêté par le (la) directeur (trice) puis transmis au résident et le cas échéant à son représentant légal et, après accord du résident, à la personne de confiance ;
- Un délai minimal de 15 jours doit être respecté entre la réception du projet d'annexe par le résident et sa signature ;
- Lors de la signature de l'annexe, le (la) directeur (trice) de l'établissement ou son représentant s'assure de la compréhension, par le résident, des mesures envisagées et s'assure de son consentement ;
- A l'issue de cet entretien, le (la) directeur (trice), le cas échéant, la personne chargée de la mesure de protection juridique, signent conjointement l'annexe au contrat de séjour ;
- L'annexe signée, est remise au résident, au plus tard dans les quinze jours suivant sa conclusion.

- L'annexe est conclue pour une durée déterminée, elle peut être révisée à tout moment et les mesures qu'elle comporte sont réévaluées au moins tous les 6 mois.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

IX – DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

L'article L. 311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles permet au résident de désigner, s'il ne l'a pas déjà fait, une personne de confiance dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique.

La personne de confiance (Annexe 12 – Notice d'information de la Fédération Nationale des Acteurs de la Solidarité, relative à la désignation de la personne de confiance article D.311-0-4 du Code de l'action sociale et des familles), qui peut être un membre de la famille, un proche ou le médecin traitant de la personne accueillie, a pour mission de l'assister dans ses relations avec l'établissement lorsqu'elle rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits, de l'accompagner dans ses démarches liées à sa prise en charge sociale ou médico-sociale ou aux entretiens médicaux pour l'aider dans ses décisions.

Elle peut par ailleurs assurer les missions prévues pour les usagers du système de santé si la personne accueillie le précise (par exemple : être consultée par les médecins si la personne qui l'a désignée est hors d'état d'exprimer sa volonté). (Annexe 13 - Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique)

Le (la) directeur (trice) de l'établissement ou son représentant, préalablement à l'entretien d'admission (au moins 8 jours avant l'entretien destiné à la conclusion du contrat de séjour) doit :

- Informer le résident et, le cas échéant, son représentant légal de la possibilité de désigner une personne de confiance.
- Proposer d'en désigner une dans des conditions définies par le décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Cet entretien d'information n'est toutefois pas obligatoire dans trois situations :

- Lorsque le résident a déjà désigné lui-même une personne de confiance.
- Lorsque la personne a été précédemment accueillie dans un établissement de santé ou un autre ESSMS et que l'information relative à la personne de confiance lui a été délivrée (ces établissements doivent, le cas échéant, transmettre à la nouvelle structure le nom et les coordonnées de la personne de confiance qui avait été désignée).
- En Commission d'accès aux documents administratifs (CADA), lorsque l'Office français de l'immigration et de l'intégration a informé les usagers de la désignation de la personne de confiance et leur a remis la notice.

La personne de confiance peut être présente à la signature du contrat de séjour.

L'établissement a aussi la possibilité de consulter la personne de confiance, si la personne qu'elle accueille, rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits, sans pour autant que cette consultation ne se substitue aux décisions de celle-ci.

Enfin, le résident s'engage à informer le directeur en cas de modification ou de révocation de la personne de confiance.

Les documents ci-dessous et figurant en annexe seront remis :

- Annexe 12 : La notice d'information annexée au décret ;
- Annexe 13 : Un rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnées à l'article L.1111-6 du Code de la santé publique ;
- Annexe 14 : Formulaire de désignation de la personne de confiance ;

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

- Annexe 15 : Formulaire de révocation de la personne de confiance ;
- Annexe 16 : Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e).

A la suite de l'entretien, le résident pourra remettre à tout moment à la structure le formulaire de désignation signé par la personne de confiance (Annexe-14). Elle pourra également la révoquer et la remplacer (ou non) par une autre personne qu'elle aura choisie (Annexe 15).

Si le résident a désigné une personne de confiance, celui-ci s'engage à communiquer son identité et ses coordonnées à l'établissement.

X– CONCERTATIONS, RECOURS ET MEDIATION

L'établissement s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Des groupes de travail favorisant l'implication des résidents et de leurs familles pourront être proposés ainsi que des questionnaires de satisfaction.

L'équipe de direction se tient à la disposition des résidents et de leurs familles pour toute proposition, remarque, ou suggestion susceptible de contribuer à leur bien-être dans la structure.

Tout incident, conflit ou plainte seront traités avec tout le soin exigé et donneront lieu à une réponse orale ou écrite si cela est nécessaire.

XI – INSTANCES REPRESENTATIVES OBLIGATOIRES

L'article L. 311-6 du CASF prévoit la création d'un Conseil de Vie Sociale (CVS) dont les modalités de fonctionnement sont prévues par l'article D. 311-3 et suivants du Code de l'action sociale et des familles.

Le Conseil de la Vie Sociale donne son avis sur tout ce qui concerne la vie de l'établissement. Il peut **faire des propositions dans le but d'améliorer le quotidien des résidents.** Il se réunit au moins 3 fois par an.

Cette instance est élue par les résidents et les familles. Les membres (résidents, familles, personnel, organisme gestionnaire) sont élus pour une durée de trois ans maximum, par vote à bulletin secret.

Sont éligibles :

<u>Les résidents :</u>

Tout résident présent depuis au moins six mois dans l'établissement peut représenter les résidents.

<u>Les familles :</u>

Tout parent d'un résident, présent depuis six mois peut postuler pour être représentant des familles quel que soit son degré de parenté.

En l'absence de famille, le résident pourra être représenté par une personne de son choix, dans le cas où cette personne s'occupe d'elle et s'intéresse au fonctionnement de l'établissement.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Cependant, pour diversifier la représentation et éviter que le CVS ne soit le lieu d'expression que de quelques-uns, il apparaît souhaitable que les parents représentant les familles n'aient pas de lien de parenté avec les résidents élus à ce Conseil.

Les personnes élues désignent ensuite, par vote à bulletin secret, un président qui doit obligatoirement être un résident ou un représentant des familles.

XII – DROIT À L'IMAGE

L'établissement applique l'article 9 du Code Civil et garantit le droit au respect de la vie privée de chacun.

□ Le (la) résident(e) ou son représentant légal **autorise en cochant cette case.**
Pendant les activités organisées par l'EHPAD, pour la durée illimitée et gratuitement la communauté de communes Le Grésivaudan à :

- Photographier et/ou filmer avec ou sans la voix le (la) résident(e)
- Modifier par tout moyen technique les photographies réalisées (et/ou vidéos réalisées)
- Reproduire et utiliser les photographies et/ou vidéos en tout ou partie sur tous supports (notamment revue, journal, plaquette d'information, site internet, réseaux sociaux, reportage télévisé, projection publique…), sous n'importe quel format, pour diffusion exclusivement à des fins de communication institutionnelle de l'EHPAD.

□ Le (la) résident(e) ou son représentant légal **refuse en cochant cette case** l'autorisation accordée à la communauté de communes Le Grésivaudan de :

- Photographier et/ou filmer le résident pendant la durée de validité du présent contrat de séjour.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

XIII – SIGNATURE DU CONTRAT

Je soussigné(e), M. ou Mme

……

certifie avoir pris connaissance des dispositions générales du présent contrat de séjour.

Fait à ……

Le ……

Lu et approuvé,

Le Résident, Le Président

Ou son tuteur (dans ce cadre, la décision de justice en ce sens doit être fournie)

Ou la personne de confiance chargée par le résident de le représenter

Le présent contrat est établi en 2 exemplaires, dont 1 est à remettre signé à l'établissement.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des personnes à prévenir

Nom, Prénom du résident :

À ***REMPLIR ET A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT***

1. Madame, Monsieur

……

Adresse :……

……

N° de téléphone : ……

Adresse Mail : ……

2. Madame, Monsieur

……

Adresse :……

……

N° de téléphone : ……

Adresse Mail : ……

3. Madame, Monsieur

……

Adresse :……

……

N° de téléphone : ……

Adresse Mail : ……

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 2 : Déclaration du choix du notaire en cas de succession

Nom, Prénom du résident :

À REMPLIR ET A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

Maître : ……..

Adresse :……

……

N° de téléphone : ……

Adresse Mail : ……

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 3 : Conditions de règlement

Nom, Prénom du résident :

À ***REMPLIR ET A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT***

Engagement du résident

Le résident ou son représentant légal, s'acquittera des frais de séjour dans un délai de 30 jours maximum selon les modalités prévues par la réglementation en vigueur et devra remplir et signer au moment de l'admission la présente attestation.

Toute situation nouvelle ou difficultés pouvant surgir durant le séjour doivent être indiquées au directeur de l'Etablissement, afin de trouver, en liaison avec le résident ou son représentant légal, la meilleure solution permettant de régulariser le paiement des frais de séjour.

L'assistante sociale peut aider les résidents dans leurs démarches.

Modalités de paiement

3 modes de paiement sont proposés au résident pour le règlement de ses frais de séjour.

Merci de cocher le mode souhaité :

- □ Prélèvement automatique (remplir le contrat de prélèvement et mandat SEPA)
- □ Par TIPI directement sur **www.tipi.budget.gouv.fr** (identifiant communauté de communes : **010618**)
- □ Par chèque (en mentionnant au dos le nom du résident et le mois concerné)

Si vous optez pour le règlement par chèque, merci de le libeller **à l'ordre du Trésor Public** et de l'adresser à :

Trésorerie de LE TOUVET
13 avenue Montfillon
38660 LE TOUVET

Fait à ……

Le ……..

Signature :

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 3bis : Demande de prélèvement automatique

Nom, Prénom du résident :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ……à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de……..
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 XX ZZZ NNNNNN

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Nom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) — IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

I | B | A | N

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif
Paiement ponctuel

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 RELEVE D'IDENTITE 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…….. 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 ……

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.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 4 : Engagement à provisionner

Nom, Prénom du résident :

À REMPLIR ET A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

En application de l'article L.132-4 du Code de l'action sociale et des familles et de l'article 3.2.1.2-3 du règlement départemental d'aide sociale,

Je soussigné(e)

……

Demeurant à

……

Déclare demander le bénéfice de l'aide sociale.

Dans l'attente de la décision de la commission de l'aide sociale, je m'engage à payer tous les mois à l'établissement une provision égale à 90 % de mes revenus s'élevant à :

……

Date de dépôt du dossier ……..

Fait à ……..

Le ……..

Signature :

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 5 : Autorisation de perception des revenus par l'établissement sur demande du bénéficiaire de l'aide sociale

Nom, Prénom du résident :

À REMPLIR ET A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

Je soussigné (e) (NOM, Prénom) : ……..

Né (e) le : …… à : ……

Admis (e) au titre de l'Aide Sociale aux Personnes Âgées le : ……

À: …….. Service : ……

Je soussigné (e) (NOM, Prénom) : ……

Agissant pour le compte de M……

Né (e) le : …… à : ……

En tant que son représentant légal,

Admis (e) au titre de l'Aide Sociale aux Personnes Agées le : ……

Demande que la perception de l'ensemble de ❑ mes ❑ ses revenus soit assurée à partir du ……. par le comptable de cet établissement

(Selon les dispositions de l'article L.132-4 du Code de l'action sociale et des familles)

Je m'engage à communiquer, à cet effet, au responsable de l'établissement les informations et pièces indispensables à la perception de ces revenus et à le prévenir sans délai de tout changement de ces dernières, ainsi qu'à lui donner tous les pouvoirs nécessaires à l'encaissement, étant entendu que sera reversé le montant dépassant la contribution fixée par la Commission, au minimum l'allocation "d'argent de poche".

Je m'engage, par ailleurs, à solliciter l'allocation de logement ou l'aide personnalisée au logement, s'il y a lieu.

Fait à ……le……

Signature :

Avis du responsable de l'établissement :
A……
le……

Signature :

Vu pour accord pendant 4 ans,

Grenoble, le ……
Le Président du Conseil Départemental

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 6 : Demande d'accès à une ligne directe de téléphone

Nom, Prénom du résident :

À REMPLIR ET A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

Les résidents ont la possibilité d'avoir le téléphone dans leur chambre avec un numéro de ligne directe et doivent, le cas échéant, faire part de cette volonté dès leur admission.

L'abonnement mensuel (communications comprises) s'élève au tarif en vigueur (au 01/01/2026 : 7.24 €).

Je soussigné(e) ……

Demeurant à ……

Souhaite (cocher la case de votre choix) :

- □ Le téléphone entrant et sortant
- □ Le téléphone entrant uniquement
- □ Pas de téléphone (aucune facturation)

Fait à ……

Le ……..

Lu et approuvé,

Le Résident,

Ou son tuteur (dans ce cadre, la décision de justice doit être fournie)

Signature :

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 7 : Etat des lieux entrant et sortant

Nom, Prénom du résident :

Madame/Monsieur……..

Certifie occuper la chambre N°….. à compter du : ……

	ETAT DES LIEUX A L'ENTREE ☐	**ETAT DES LIEUX A LA SORTIE ☐**
Chambre Mobilier		
1 Lit	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
Literie	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
1 Fauteuil	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
1 Chaise	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
1 table	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
1 commode	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
1 placard (étagère penderie)	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
Chambre revêtement de sol		
Sols	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
Mûrs	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
Salle de bain		
Lavabo	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
Robinetterie	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
W-C	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
Divers		
Balcon - Terrasse	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
Téléphone (si remis)	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais
Télécommandes de volets roulants (si équipée)	□ Bon □ moyen □ mauvais	□ Bon □ moyen □ mauvais

Observations éventuelles : ……

Le présent état des lieux d'entrée est réalisé le …… en la présence de la direction de l'établissement ou d'un membre du personnel administratif.

Pour la résidence Belle Vallée

Pour le résident ou son représentant légal
Signature précédée de la mention lu et accepté

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 8 : Certificat de dépôt des biens de valeur

Nom, Prénom du résident :

À REMPLIR ET A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

Je soussigné (e) (NOM, Prénom) : ……

Certifie effectuer un dépôt d'objets personnels au coffre de l'établissement le : ……..

Inventaire des biens personnels (description précise ou photos) :

……

……

……

……

……

……

……

……

Fait à :…….. le, ……

Signature :

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 9 : Tarifs en vigueur

Tarifs TTC en vigueur (applicable au 1er janvier 2026)

TARIF HEBERGEMENT

Tarif journalier - 60 ans : 92.86 €
Tarif journalier + 60 ans : 69.32 €

TARIF DEPENDANCE (CALCULE EN FONCTION DU COEFFICIENT GROUPE ISO RESSOURCES « GIR »)

Personnes classées en GIR 1 et 2 (dépendance forte): 25.49 €
Personnes classées en GIR 3 et 4 (dépendance moyenne): 16.17 €
Personnes classées en GIR 5 et 6 (pas de dépendance):* 6.86 €
**(ticket modérateur obligatoirement inclus au tarif hébergement)*

Tarif journalier : tarif hébergement + tarif dépendance GIR 5/6 = 76.18€

Pour les personnes classées en GIR 1 à 4 = Tarif hébergement (76.18€) + tarif dépendance (GIR 1 à 4)

TARIF TELEPHONE

Abonnement téléphonique forfaitaire mensuel (7,24 €)

TARIF RESERVATION

Ce tarif s'applique dans les cas suivants :

- Avant l'entrée dans l'établissement (sur contrat de réservation)
- Durant les 3 jours qui suivent le décès du résident (au-delà application tarif journalier)
- Après 30 jours d'hospitalisation (sur contrat de réservation)

Tarif réservation : tarif journalier (69.32€) – forfait hospitalier (20 €) = 49.32€

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

TARIF APPLIQUÉ EN CAS D'ABSENCE

HOSPITALISATION			
Durée	**Moins de 72 h**	**A partir de 72h**	**Au-delà de 30 jours**
Tarif hébergement	Facturé	Facturé avec déduction du forfait hospitalier ***chambre réservée automatiquement***	Facturé avec déduction du forfait hospitalier ***chambre réservée avec signature d'un nouveau contrat***
Tarif dépendance GIR 5/6	Non Facturé		
Tarif dépendance GIR 1 à 4	Facturé		Non facturé

CONVENANCES PERSONNELLES			
Durée	**Moins de 72 h**	**A partir de 72h**	**Au-delà de 5 semaines**
Tarif hébergement	Facturé	Facturé avec déduction du forfait hospitalier ***chambre réservée automatiquement***	Facturé avec déduction du forfait hospitalier ***chambre réservée avec signature d'un nouveau contrat***
Tarif dépendance GIR 5/6	Facturé		Non facturé
Tarif dépendance GIR 1 à 4	Facturé		Non facturé

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 10 : Contrat de réservation d'une chambre

Nom, Prénom du résident :

Le présent contrat de réservation est conclu entre :

D'une part :

L'EHPAD résidence Belle Vallée géré par la Communauté de communes Le Grésivaudan

Ci-après désigné par « **l'établissement** »

Représenté par son directeur

Et d'autre part :

Madame / Monsieur : ……

Né(e) le : ……

Demeurant : ……

Ci-après désigné par « **le réservataire** »

OU :

Madame / Monsieur : ……

Domicilié(e) : ……

Lien de parenté : ……

Qualité :……

Qui atteste avoir toute légitimité de représentation du réservataire,

Et qui s'engage auprès de l'établissement à répondre aux besoins du réservataire, au mieux des intérêts de ce dernier, dans le respect et la dignité de la personne âgée et protégée.

Ci-après désigné par « **le représentant légal** »

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

I – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat de réservation est établi afin de permettre au réservataire de bénéficier de la réservation d'une chambre dans l'établissement.

II – CONDITION AU CONTRAT

Le présent contrat ne peut être conclu qu'après validation du dossier de pré-admission par le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement.

III – DUREE DU CONTRAT

Le présent contrat prend effet à la date de mise à disposition de la chambre, soit le …../…../…..

Il prendra automatiquement fin :

- à la date d'entrée effective du réservataire dans l'établissement ;
- en cas de décès du réservataire.

IV – RESILIATION DU CONTRAT

Le présent contrat pourra être résilié :

- A tout moment, **par le réservataire ou par son représentant légal**, par l'intermédiaire d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'établissement et dans les conditions de délais mentionnées à l'article V – DELAI DE PREAVIS ;
- En cas de force majeure, **par l'établissement**, par l'intermédiaire d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée au réservataire ou à son représentant légal.

V – DELAI DE PREAVIS

Le délai de préavis applicable en cas de résiliation du présent contrat par le réservataire ou par son représentant légal est de **deux jours**.

Ce délai court à compter de la première présentation à l'établissement de la lettre recommandée avec accusé de réception (cachet de la poste faisant foi) notifiant la résiliation.

VI – DATE PREVISIONNELLE D'ENTREE EFFECTIVE DANS L'ETABLISSEMENT

La date prévisionnelle d'entrée effective du réservataire dans l'établissement est fixée au : …../…../…..

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

VII – TARIF JOURNALIER

Le « tarif réservation » est calculé à partir du tarif fixé annuellement par arrêté du Président du conseil départemental et correspond au tarif journalier déduction faite du forfait hospitalier en vigueur à la date du présent contrat.

Au jour de la signature du présent contrat, le « tarif réservation » est fixé à **49.32** €.

VIII – CONDITIONS DE FACTURATION

La facturation débutera le jour de la prise d'effet de ce contrat (Cf. article III) et prendra fin :

- **le jour précédant** la date de l'entrée effective du réservataire dans l'établissement ;
- **le jour de prévenance**, en cas de décès du réservataire, sur présentation de l'avis de décès ;
- en cas de résiliation par le réservataire : **à l'issue du délai de préavis** mentionné à l'article V – DELAI DE PREAVIS ;
- en cas de résiliation par l'établissement : **le jour de survenance de l'évènement de force majeure.**

IX – MODALITES DE PAIEMENT

Le montant de la réservation sera intégré à la première facturation effectuée par l'établissement, conformément au règlement intérieur et au contrat de séjour.

En cas de décès du réservataire avant la date d'entrée effective ou de résiliation du présent contrat, l'établissement procèdera à l'émission d'une facture spécifique pour les frais de réservation.

Par la présente, les parties attestent avoir pris connaissance de l'ensemble des obligations nées de ce contrat et s'engagent mutuellement à les respecter.

****

Fait à Froges,
Le …../….. /…..

Signature du **réservataire ou du représentant légal**, précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

Signature du **Directeur de l'établissement**

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 11 : Annexe au contrat de séjour

Nom, Prénom du résident :

Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016

Entre :

L'EHPAD Résidence Belle Vallée situé à Froges représenté par son directeur désigné ci-après « l'établissement »,

Et :

Monsieur/ Madame :
Résident de l'établissement Belle Vallée à Froges

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.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

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 - Équipe 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 traitant du résident et/ou Docteur S. Rousseau médecin coordonnateur de l'EHPAD Belle Vallée. L'équipe médico-sociale de l'établissement s'est réunie en …….., afin d'évaluer, avec le médecin ayant procédé à l'examen du résident et le médecin coordonnateur Dr S.ROUSSEAU, les bénéfices et risques des mesures envisagées.

Participaient à cette évaluation les personnes suivantes :

(Prénom – nom – fonction) :

Le projet d'annexe au contrat de séjour a été remis par (Prénom – nom – fonction) ……
au résident, à son représentant légal ou le cas échéant, à sa personne de confiance le…../……../……..

Le résident a émis les observations suivantes :
……
……
……

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

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 PROPOSEES	ACCORD	ABSENCE D'ACCORD	OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Article 4 - Durée de l'annexe

La présente annexe est conclue pour une durée de 6 mois.
Elle peut être est révisée à tout moment et les mesures qu'elle comporte sont réévaluées au moins tous les six mois.

Article 5 - Évaluation 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.

À Froges

Fait le.....
Madame/ Monsieur,.....
Qualité.....
Signature

Directeur de l'établissement Résidence Belle Vallée à Froges

Signature

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 12 : Notice relative à la désignation de la personne de confiance

Article D. 311-0-4 du code de l'action sociale et des familles

Le rôle et les modalités de désignation 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 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 rôle ?

La personne de confiance a plusieurs missions :

Accompagnement et présence :

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Etre 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.

Aide pour la compréhension de vos droits :

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 l'indiquer expressément dans le formulaire de désignation figurant en annexe 14. Les missions de cette personne de confiance sont rappelées dans l'annexe 13.

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

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

2. Qui peut la désigner ?

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. Qui peut être 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 14. 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 désigner ?

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, notamment au cours d'une hospitalisation, avant votre début de prise en charge sociale ou médico-sociale. 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

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

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 désigner ?

La désignation se fait par écrit. Il est préférable d'utiliser le formulaire figurant en annexe 14, 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 15). 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 14, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

6. Comment faire connaître 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.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 13 : Missions de la personne de confiance

Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique et à l'article L. 311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles

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 ci-après.

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une 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 pouvez 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 serait 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.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

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.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 14 : Désignation de la personne de confiance

Formulaire de désignation de la personne de confiance mentionnée à 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 : .....

Téléphone fixe professionnel portable .....

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

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 15 : Révocation de la personne de confiance

Formulaire de révocation de la personne de confiance

Mentionnée à 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 : .....

Téléphone fixe professionnel portable .....

E-mail : .....

Comme personne de confiance en application de 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 missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique.

Fait à, le

Signature

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 16 : Formulaire à destination de témoins

Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation ou de révocation de la personne de confiance

Cas particulier : 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 désignation d'une personne de confiance

Témoin 1 :	**Témoin 2 :**
Je soussigné(e), Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) : atteste que la désignation de : Nom et prénom : 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 : Nom et prénom : Fait à le Signature du témoin : Co signature de la personne de confiance : <u>Partie facultative</u> Je soussigné (e), Nom et prénom : atteste également que : Nom et prénom : □ 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 □ non □ □ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui □ non □ □ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui □ non □ Fait à le Signature du témoin : Co signature de la personne de confiance :	Je soussigné (e), Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) : atteste que la désignation de : Nom et prénom : 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 : Nom et prénom : Fait à le Signature du témoin : Co signature de la personne de confiance : <u>Partie facultative</u> Je soussigné (e), Nom et prénom : atteste également que : Nom et prénom : □ 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 □ non □ □ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui □ non □ □ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui □ non □ Fait à le Signature du témoin : Co signature de la personne de confiance :

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

2 Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

Témoin 1 : Je soussigné (e) Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) : **atteste que :** Nom et prénom : **A mis fin à la désignation de** Nom et prénom : Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles ; 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. Fait à Le **Signature du témoin :**	**Témoin 2 :** Je soussigné (e) Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) : **atteste que :** Nom et prénom : **A mis fin à la désignation de** Nom et prénom : Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles ; 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. Fait à Le **Signature du témoin :**

Accusé de réception en préfecture
038-200018186-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 17 : Autorisation de l'utilisation de l'image d'un majeur capable

Je soussigné(e) :……
Demeurant :
……

……

☐ Autorise,

(Veuillez cocher la case correspondante)

☐ N'autorise pas

Dans le cadre des animations et des sorties organisées par la résidence Belle Vallée, la communauté de communes Le Grésivaudan à :

- Photographier et/ou filmer Monsieur/Madame avec ou sans la voix
- Me photographier et/ou me filmer avec ou sans la voix (barrer la mention en cas de refus)
- Modifier par tout moyen technique les photographies et vidéos réalisées
- Reproduire et utiliser les photographies et vidéos en tout ou partie sur tous supports (notamment revue, journal, plaquette d'informations, site internet, réseaux sociaux, reportage télévisé, projection publique…), sous n'importe quel format, pour diffusion exclusivement à des fins de communication institutionnelle de l'EHPAD et de l'Accueil de Jour.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et sans limitation de durée.

Fait en deux exemplaires à …….., le ……

Signature

Accusé de réception en préfecture
038-200018186-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 17bis : Autorisation de l'utilisation de l'image d'un majeur incapable et/ou sous tutelle

Je soussigné(e) :……
Demeurant :
……

……

Représentant légal de Monsieur/Madame ……..
Placé(e) sous tutelle depuis ……..

☐ Autorise,

(Veuillez cocher la case correspondante)

☐ N'autorise pas

Dans le cadre des animations et des sorties organisées par la résidence Belle Vallée, la communauté de communes Le Grésivaudan à :

- Photographier et/ou filmer Monsieur/Madame avec ou sans la voix
- Me photographier et/ou me filmer avec ou sans la voix (barrer la mention en cas de refus)
- Modifier par tout moyen technique les photographies et vidéos réalisées
- Reproduire et utiliser les photographies et vidéos en tout ou partie sur tous supports (notamment revue, journal, plaquette d'informations, site internet, réseaux sociaux, reportage télévisé, projection publique…), sous n'importe quel format, pour diffusion exclusivement à des fins de communication institutionnelle de l'EHPAD et de l'Accueil de Jour.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et sans limitation de durée.

Fait en deux exemplaires à …….., le ……

Signature

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 18 : Coupon réponse appel de nuit

COUPON REPONSE CONCERNANT LES APPELS DE NUIT

Je soussigné(e) ..... référent pour le résident .....

.....

Souhaite **être contacté la nuit**, en cas de :

- Chute bénigne **n'engendrant aucune complication** ☐ oui ☐ non
- Hospitalisation ☐ oui ☐ non
- Décès ☐ oui ☐ non

A RETOURNER A LA RESIDENCE BELLE VALLEE – 346, rue de Bretagne – 38 190 FROGES

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 19 : Liste des pièces à fournir pour l'entrée

DOSSIER D'ADMISSION RESIDENCE BELLE VALLEE

1/ Constitution du dossier d'admission

Dossier administratif ci-joint à compléter et pièces justificatives suivantes à fournir **impérativement** :

- liste des référents famille (annexe 1)
- copie de la carte d'identité
- copie du livret de famille
- attestation de la sécurité sociale
- carte vitale
- Coordonnées du notaire (annexe 2)
- carte de mutuelle
- justificatifs les plus récents de pensions :
  - retraites principales et complémentaires
  - autres (ex : produits de loyer, allocation compensatrice, tierce personne, etc….)
- avis d'imposition
- attestation responsabilité civile
- notification APA de domicile.

2/ Si vous bénéficiez :

D'une mesure officielle de protection des biens (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle) :

- Fournir le justificatif juridique

De l'allocation logement :

- Fournir la notification de la caisse d'allocations familiales.

3/ Lors de l'entrée dans la résidence, vous devrez également fournir les documents suivants :

- **Copie carnet de vaccination**
- **Attestation vaccination contre la COVID-19**
- **Une ordonnance des traitements en cours**
- **Les dernières analyses biologiques**
- **Coupon réponse appel de nuit.**

Nous vous remercions
Le service administratif

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 20 : Trousseau et produits de toilette à fournir

La liste ci-après constitue les éléments nécessaires au bien-être de votre proche. Elle vous est donnée à titre indicatif et reste adaptable en fonction des habitudes vestimentaires du résident.

POUR MADAME	POUR MONSIEUR
Vêtements	
➢ 5 jupes, robes ou pantalons ➢ 4 chemisiers ➢ 3 gilets manches longues ➢ 2 pull-overs ➢ 8 paires de chaussettes ➢ 2 paires de chaussures adaptées ➢ 2 paires de chaussons ➢ 1 chapeau de soleil ➢ 2 foulards ➢ 1 veste chaude (extérieur)	➢ 5 chemises et/ou polo ➢ 5 pantalons ➢ 2 pull-overs ➢ 3 gilets manches longues ➢ 8 paires de chaussettes ➢ 2 ceintures ou 2 paires de bretelles ➢ 2 paires de chaussures adaptées ➢ 2 paires de chaussons ➢ 1 chapeau de soleil ➢ 1 veste chaude (extérieur)
Vêtements de nuit et lingerie	
➢ 8 tricots de corps (sauf thermolactyl) ➢ 10 slips ➢ 4 soutiens gorges ➢ 5 chemises de nuit ou pyjamas ➢ 2 peignoirs ou robes de chambre	➢ 8 tricots de corps (sauf thermolactyl) ➢ 10 slips ➢ 5 pyjamas ➢ 2 peignoirs ou robes de chambres
Produits de toilette	
➢ Savon, dentifrice, shampoing, gel douche ➢ Brosse à dents, peigne, brosse à cheveux ➢ Eau de parfum, parfum ➢ Coupe ongles, lime à ongles ➢ Boîtes de mouchoirs	➢ Savon, dentifrice, shampoing, gel douche ➢ Brosse à dents, peigne, brosse à cheveux ➢ Rasoirs, mousse à raser ➢ Eau de parfum, parfum ➢ Coupe ongles, lime à ongles ➢ Boîtes de mouchoirs

Merci de bien veiller au renouvellement du linge usagé et des produits de toilette, et de prévoir le trousseau en fonction de la saison.

Accusé de réception en préfecture
038-200018166-20260504-DEL-2026-0122-DE
Date de télétransmission : 05/05/2026
Date de réception préfecture : 05/05/2026

Annexe 21 : Coordonnées médiateur de la consommation

EHPAD Résidence Belle Vallée

MÉDIATION DE LA CONSOMMATION

Conformément aux articles L.612-1 et suivants du Code de la consommation, vous pouvez recourir gratuitement à un médiateur en cas de litige non résolu.

Médiateur :
ANM CONSO
2 rue de Colmar – 94300 Vincennes
contact@anmconso.com
01.58.64.00.05

Types de litiges concernés :
Seuls les litiges liés à l'exécution du contrat de séjour sont concernés. Par exemple, vous pouvez saisir le médiateur de la consommation si vous considérez qu'une prestation de service prévue dans le contrat n'a pas été réalisée ou l'a été partiellement.

Les questions médicales ou les questions relatives aux soins sont exclues du champ de compétence du médiateur de la consommation.

Procédure :
- Réclamation écrite préalable auprès de l'établissement pour tenter de résoudre le litige
- Saisine du médiateur si nécessaire

La médiation est :
- Gratuite
- Confidentielle
- Indépendante

Le médiateur ne peut être saisi qu'après une tentative de résolution amiable avec l'établissement