



Accueil de jour

Personne à contacter :

Bureau des Admissions : Madame A. LIME

☎ 03 84 90 39 00

- Dépôt des dossiers au Service Accueil
- Lundi au vendredi de 8h à 17h30
 - samedi de 8h30 à 16h00

Entretien sur rendez-vous de préférence



**CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE LONGUE DUREE
Du Territoire de Belfort**

Photo D'identité récente

**DOSSIER ADMINISTRATIF D'ADMISSION EN
ACCUEIL DE JOUR THERAPEUTIQUE**

VOTRE IDENTITE

Nom : Prénom :
Nom de Jeune-Fille : Sexe : Féminin Masculin
Date **et** lieu de naissance..... Nationalité :
Adresse du domicile :
N° d'immatriculation et caisse de Sécurité Sociale :
N° d'adhérent et complémentaire santé :
Dernière profession exercée :
Nom du Médecin Traitant :
Moyens de transport utilisé pour se rendre à l'accueil de jour à préciser :
Situation de famille : Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)
Nombre d'enfants.....
Mesure de protection juridique : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice
Date du Jugement..... En-cours Mandataire
Nom, adresse et n° de téléphone de la personne désignée
.....
.....

Proches :

Indiquer le référent du résident en 1er

Nom, prénom et adresse	Degré de Parenté	Téléphone

La facture est à adresser à :

.....
.....
.....
.....

PIECES A FOURNIR

La décision d'admission est prise par le Directeur, après consultation et avis du médecin chef de l'établissement, sur présentation :

*** D'un dossier administratif complet comprenant :**

- ✓ *Une photo d'identité récente*
- ✓ *Un dossier de renseignements administratifs avec photo récente*
- ✓ *Une copie du livret de famille,*
- ✓ *Une copie de la carte d'identité (recto/verso),*
- ✓ *Une copie de l'avis d'imposition sur les revenus*
- ✓ *Une copie de l'attestation papier d'immatriculation à l'assurance maladie,*
- ✓ *Une copie de la carte de mutuelle (s'il en dispose d'une),*
- ✓ *Une copie du jugement dans le cas de l'existence d'une protection juridique,*
- ✓ *Une attestation de l'assurance dommages aux biens et objets personnels (Responsabilité Civile),*
- ✓ *le contrat de séjour dûment complété et signé par **le résident et au moins un des obligés alimentaires (enfants, petits enfants)**,*
- ✓ *Ainsi que l'engagement de caution solidaire également signé par **le résident et au moins un des obligés alimentaires (enfants, petits enfants)**.*
- ✓ *La feuille de présence et de transport, complétée, datée et signée,*
- ✓ *La feuille d'évaluation de GIR du résident accueilli complétée par les services du Conseil Général (Maison des Aînés),*

*** D'un dossier médical complet rempli par le médecin traitant de la personne accueillie adressé au secrétariat médical de l'établissement sous pli confidentiel, accompagné de la **dernière ordonnance** en date du médecin traitant (impératif) et le **traitement médicamenteux en cours**.**



FEUILLE DE PRESENCE ET DE TRANSPORT

Mr/Mme.....sera présent à l'accueil de jour de la Charmeuse les jours suivants et à compter du..... : Le service transport de l'accueil de jour de la Charmeuse emmènera Mr/Mme.....de son domicile à l'accueil de jour, et inversement les jours suivants et à compter du..... :

Jours de Présence

	LUNDI	قا
	MARDI	قا
	MERCREDI	قا
	JEUDI	قا
	VENDREDI	قا

Jours de Transport

	LUNDI	قا
	MARDI	قا
	MERCREDI	قا
	JEUDI	قا
	VENDREDI	قا

NB : Toute journée non décommandée au moins 48 h à l'avance fera l'objet d'une facturation

Fait à, Le

Signature :



ACCUEIL DE JOUR THERAPEUTIQUE

FEUILLE D'ÉVALUATION DU GIR A DOMICILE

La Commission Médico-Sociale du Conseil Général du département
de en date dua évalué
le degré de dépendance de Mr ou Mme en
GIR(à préciser).

Fait à

Le

Par.....

Signature de la Conseillère en Gérontologie

.....



CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE LONGUE DUREE Du Territoire de Belfort

CONTRAT DE SEJOUR- ACCUEIL DE JOUR

L'Accueil de jour offre une solution alternative originale et pertinente dans le cadre d'un maintien à domicile avant une éventuelle institutionnalisation. Il s'agit d'un lieu de resocialisation pour la personne âgée. Il permet de soulager les familles ayant à charge un parent âgé présentant une démence sénile de type Alzheimer ou maladies apparentées. C'est un lieu de vie identique au domicile pouvant accueillir 20 personnes.

Le contrat de séjour est conclu entre :

Le Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée du Territoire de BELFORT, « Domaine du Chênois », rue Alfred ENGEL 90 800 BAVILLIERS

Représenté par son Directeur,

ET,

Mr ou Mme
(Indiquer nom(s) et prénom(s) du résident)

Né(e) le à

Représenté par Mr ou Mme

Organisme tutélaire le cas échéant :

Il est convenu ce qui suit :

1. Durée du séjour

Le présent contrat prend effet à la date de sa signature. Il est établi pour une durée de 1 an et sera renouvelé par tacite reconduction. Toute modification entraînera la rédaction d'un avenant au présent contrat.

2. Conditions d'admission

La décision d'admission est prise par Monsieur le Directeur après consultation et avis du médecin responsable de l'unité, sur présentation d'un dossier administratif et médical complets.

3. Prestations assurées par l'Etablissement

Fonctionnement

L'accueil de jour fonctionne de 9h00 à 17h00 du lundi au vendredi à l'exclusion des week-ends et jours fériés. Afin de permettre une bonne organisation de la journée, l'arrivée des résidents se fera impérativement entre 9h00 et 10h.

L'équipe

Une équipe gériatrique pluridisciplinaire (praticien hospitalier, ergothérapeute, IDE, AMP, AS, neuropsychologue, ...) propose une approche thérapeutique individualisée et humaine permettant :

- ☞ D'accompagner et soutenir les familles
- ☞ De lutter contre l'évolution de la maladie par une approche qui va au-delà de l'utilisation exclusive de médicaments
- ☞ De maintenir une identité une estime de soi et revaloriser la personne
- ☞ De passer des journées conviviales dans un cadre familial et chaleureux.

Les activités

- ☞ Cuisine thérapeutique
- ☞ Atelier équilibre
- ☞ Atelier de stimulation cognitive
- ☞ Art plastique
- ☞ Thé dansant
- ☞ Sorties extérieures (courses, promenades à thèmes)
- ☞ Groupe de paroles
- ☞ Jeux

La restauration

Le déjeuner est servi dans la salle à manger des résidents.

Les régimes alimentaires prescrits par ordonnance sont pris en compte. Le prix du repas est compris dans le prix de journée (cf paragraphe 4)

Le transport

Un service de transport est assuré par l'établissement dans un rayon de 15 Kms dans la limite des places disponibles. Les tarifs en vigueur à la date du présent contrat sont ceux qui figurent à l'**annexe 1**. Ils sont révisables tous les ans.

Un service de transport à la demande existe par ailleurs sur le territoire de Belfort. Pour tout renseignement contacter Espace OPTYMO Pôle liberté 13 rue de Madrid BELFORT 03/84/21/08/08

 Nous vous conseillons de prévoir une tenue de rechange afin que le résident puisse être changé en cas de besoin.

4. Coût du séjour

La tarification et sa facturation se fondent sur un prix de journée hébergement et un tarif dépendance. Le tarif dépendance est fonction du GIR à domicile du résident. Ce girage est effectué par les services du Conseil Général du lieu de résidence du résident. Il est vivement recommandé de déposer un dossier d'Aide Personnalisée à l'Autonomie à domicile (APA) auprès de ces mêmes services.

Les tarifs en vigueur à la date du contrat sont ceux qui figurent à l'**annexe 1**.

Un engagement de payer signé par le résident et au moins un de ses obligés alimentaires est obligatoirement à joindre à la demande d'admission

5. Conditions particulières de facturation

La facturation de l'accueil de jour thérapeutique se fait mensuellement et à terme échu en journée complète et ne saurait se décliner en demi-journée.

Toute absence non signalée 48 h à l'avance fera l'objet d'une facturation (sauf hospitalisation non prévue sur présentation d'un bulletin d'hospitalisation). Cette facturation concerne l'ensemble des prestations y compris le transport (si transport assuré par l'établissement).

6. Résiliation du contrat :

✚ Résiliation volontaire :

A l'initiative du résident ou de son représentant légal, le présent contrat peut être résilié à tout moment. Notification en est faite à la direction de l'établissement par lettre recommandée et moyennant un préavis de 8 jours de date à date calculée à partir de la date de réception par l'établissement.

✚ Résiliation à l'initiative de l'établissement :

- pour raisons médicales
- non respect du présent contrat,
- absence prolongée sans justificatif,
- incompatibilité avec la vie collective, ...

✚ Résiliation pour décès

7. Responsabilités respectives

En qualité de structure à caractère public l'établissement s'inscrit dans le cadre spécifique du droit et de la responsabilité administrative, pour ses règles de fonctionnement et l'engagement d'un contentieux éventuel. Il est assuré pour l'exercice de ses différentes activités dans le cadre des lois et règlement en vigueur.

Les règles générales des responsabilités applicables pour le résident dans ses relations avec les différents occupants sont définies par les articles 1382 à 1384 du Code Civile sauf si la responsabilité de l'établissement est susceptible d'être engagée (défaut de surveillance). Dans ce cadre et pour les dommages dont il peut être la cause le résident est invité à souscrire une assurance responsabilité civile.

Fait à, le

Signatures :

Le Directeur

Le Résident : M

Ou son Représentant Légal : M

Le(s) Caution(s) :



ENGAGEMENT

(Article 1326 du Code Civil)

A remplir obligatoirement par au moins un obligé alimentaire (enfants, petits enfants) ou à défaut par le résident ou son représentant légal

Je soussigné.....

Demeurant à.....

M'engage à payer :

- les frais de séjours en accueil de jour de :

Mr/Mme.....

Qui s'élèvent à un prix de journée révisable annuellement soit de :

- ❖ Tarifs avec transport (cf annexe 1) +tarif dépendance journalier défini par le GIR de la personne
- ❖ Tarifs sans transport (cf annexe 1) + tarif dépendance journalier défini par le GIR de la personne

Je reconnais avoir pris connaissance des tarifs applicables.

Fait à Bavilliers, le.....

Signature :

Faire précéder la signature de la mention « Lu et Approuvé »

**DEMANDE D'AUTORISATION DE
SORTIE THERAPEUTIQUE A
L'ACCUEIL DE JOUR**



**CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE LONGUE DUREE
DU TERRITOIRE DE BELFORT**

DEMANDE D'AUTORISATION DE SORTIE A L'EXTERIEUR DU CHENOIS

Dans le cadre des activités réalisées au sein de la structure, des sorties ponctuelles sont proposées à l'extérieur de la structure du site. Afin de les organiser au mieux, nous vous demandons de nous transmettre cette autorisation de sortie dûment complétée et signée.

1) AUTORISATION DONNEE PAR LE RESIDENT

Je soussigné(e)	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mlle	<input type="checkbox"/> M.
NOM :Prénom :			
<input type="checkbox"/> <i>Souhaite participer aux activités extérieures au site de l'Accueil de jour</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Ne souhaite pas participer aux activités extérieures au site de l'Accueil de jour</i>			
Fait à : le :			
Signature :			

1) EN CAS DE REPRESENTATION (TUTEUR, CURATEUR, FAMILLE)

Je soussigné(e)	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mlle	<input type="checkbox"/> M.
NOM :Prénom :			
Lien de parenté ou autres :			
<input type="checkbox"/> <i>Donne mon accord pour que</i>			
<input type="checkbox"/> <i>Ne donne pas mon accord pour que</i>			
NOM :Prénom :			
Participe aux activités extérieures au site de l'Accueil de jour.			
Fait à : le :			
Signature :			



CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE LONGUE DUREE
Du Territoire de Belfort

RESIDENT

NOM :PRENOM :

LES INTERVENANTS A DOMICILE

Merci de bien vouloir nous indiquer les noms des personnes intervenant régulièrement auprès du résident afin de pouvoir les contacter en cas de nécessité :

Médecin traitant :

Neurologue :

Conseillère en Gérontologie :

Aides à domicile :

Nombre d'aide à domicile intervenant auprès du résident :

Détail des Aides à domicile :

1) Nom de l'organisme :

Nom de l'aide à domicile :

2) Nom de l'organisme :

Nom de l'aide à domicile :

3) Nom de l'organisme :

Nom de l'aide à domicile :

4) Nom de l'organisme :

Nom de l'aide à domicile :

Document complété par Mr / Mme / Melle :

Lien de parenté avec le résident :

Fait à :

Le.....

Signature :

.....



**ORGANIGRAMME DU SERVICE
ACCUEIL DE JOUR THERAPEUTIQUE**

Tel : 03 84 90 59 75

<u>Médecin :</u>	Madame le Docteur Arlette HANS
<u>Neuropsychologue :</u>	Mademoiselle Mélanie LISCZCZAK
<u>Cadre de Santé :</u>	Madame Julie GUILLEGOZ
<u>Secrétariat :</u>	Madame Aurore BARTHELEMY
<u>Infirmière :</u>	Madame Dominique HENRY
<u>Aide-soignante :</u>	Madame Marie Claude MENANTEAU Madame Martine RODA
<u>Agents de service hospitalier :</u>	Madame Jeanine LABIGAND