



**L’E.H.P.A.D. « LES JARDINS DU CASTEL »
Accueil de Jour « LE CASTEL ARISTIDE »
8 RUE ALEXIS GARNIER
35410 CHATEAUGIRON
02.99.37.40.12
07.85.47.19.39
accueildejour@lesjardinsduc Castel.com
<http://www.lesjardinsduc Castel.com>**

DOCUMENT

D’ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE

ACCUEIL DE JOUR

DE

M.....

A partir du

DOCUMENT INDIVIDUEL

Vu la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, modifiant celle du 30 juin 1975 relative aux institutions médico-sociales ;
 Vu les décrets n°99-316 et 99-317, modifiés par le décret 2001-388 du 4 mai 2001 relatif à la mise en place de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes ;
 Vu la loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie ;
 Vu les articles L311-1 à 313-1 du code de l'action sociale et des familles ;
 Vu le décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 ;
 Vu le décret n°2004-231 modifié par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2008 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés à l'article L312-1 et à l'article L314-8 du code de l'action sociale et des familles ;
 Vu le décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 modifié par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L311-4 du code de l'action et des familles ;
 Vu l'arrêté du 28 juillet 2015 fixant les montants plafonds des forfaits journaliers mentionnés à l'article R317-207, au 1° de l'article D313-17 et à l'article D313-20 du Code de l'action sociale et des familles ;
 Vu la convention tripartite pluriannuelle.

Le présent document individuel de prise en charge est établi entre :

- L'EHPAD « Les Jardins du Castel », représenté par le Directeur,
- Et le bénéficiaire :

Mme/Mr.....
 Né(e) le/...../.....
 à
 domicilié(e) à

Représenté(e) par :

M.....
 En qualité de¹
 Né(e) le/...../.....
 à
 ou organisme

Il est convenu ce qui suit :

Le présent contrat s'effectue dans le cadre d'un accueil sans séjour, de façon ambulatoire, selon les objectifs de prise en charge, à partir du

¹ Tuteur, curateur, sauvegarde de justice ou mandataire contractuel désigné par le bénéficiaire.

ADMISSION :

Compte tenu des équipements matériels et humains dont dispose l'établissement, ce dernier accueille des personnes relevant des groupes iso ressources (GIR) 2 à 6.

L'admission est prononcée par le directeur de l'EHPAD sur production d'un dossier administratif comprenant :

- Le dossier d'accueil fourni par l'établissement, dûment complété
- Une copie du livret de famille et de la carte d'identité nationale en cours de validité
- La fiche d'évaluation de l'autonomie, la dernière ordonnance et le dossier médical (sous pli confidentiel)
- Une copie de l'extrait de jugement s'il existe une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle...)
- Le nom et les coordonnées téléphoniques de la ou des personne(s) à prévenir en cas de nécessité
- Une attestation de l'assurance responsabilité civile personnelle
- Le recueil des habitudes de vie et des besoins individuels de la personne
- Les coordonnées du médecin traitant ou de celui désigné par la personne ou son représentant légal ainsi que celle de l'infirmier(e) libéral(e)
- Un RIB. Un mandat de prélèvement SEPA sera à signer à l'arrivée.
- L'attestation de sécurité sociale récente
- La carte de la mutuelle recto/verso

OBJECTIFS DE LA PRISE EN SOIN :

M est atteint d'une pathologie de désorientation nécessitant :

* mentionner ici s'il y a une prise en charge par rapport aux soins physiques:

.....

* mentionner ici s'il y a besoin d'une prise en soin relationnelle : (ateliers mémoire ou autre activité individualisée destinée à stimuler certaines de ses fonctions)

.....

LOCAUX MIS À DISPOSITION :

Le « Castel Aristide », architecturalement adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est une structure de plain-pied, dont les repères temporo spatiaux sont facilités à l'aide de signalétiques et de couleurs à comprendre. Il bénéficie d'une pièce de vie avec un salon et une cuisine thérapeutique, d'une terrasse aménagée, d'une salle d'activité physique et manuelle et d'une salle de musique/repos.

HORAIRES D'ACCUEIL :

5 jours par semaine du lundi au vendredi de 10h45 à 17 h00.

INSCRIPTION :

Un mois minimum à l'avance en prenant rendez-vous auprès de la coordinatrice de l'accueil de jour ou aux heures d'ouverture du secrétariat de l'EHPAD du lundi au vendredi de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures.

PRESTATIONS :

Elles sont assurées par le personnel tel que défini dans ce présent document.

1/ Restauration

Les repas (déjeuner et goûter) sont pris au sein même du « Castel Aristide ».

Le personnel de l'établissement peut aider à la prise des repas.

De même, sur prescription médicale, des régimes peuvent être assurés.

*** individualisation pour chaque bénéficiaire :

-		-
-		-

2/ Soins médicaux et paramédicaux

En cas d'urgence, l'établissement fera appel au médecin traitant du bénéficiaire ou au médecin de garde.

Coordonnées de votre médecin traitant :

Docteur N°..... voie

Code Postal Ville.....

Téléphone :

Les médicaments seront préparés à l'extérieur de la structure, clairement identifiés. Ils seront remis en mains propres à l'aide-soignante ou l'assistante de soins en gérontologie qui accueillera le bénéficiaire. Dans ce cas, une copie de la prescription médicale leur sera remise par le bénéficiaire lui-même ou un accompagnant, et ceci chaque mois (renouvellement de prescription).

3/ Aide à l'accompagnement des actes de la vie courante et ateliers thérapeutiques

Le personnel effectuera les actes d'aide à la vie courante si besoin tels que (identification des besoins individualisés : alimentation, déplacement intérieurs et extérieurs, incontinence, vie sociale...). Toilette, habillage : la toilette et l'habillage du matin devront être effectués avant l'arrivée dans l'établissement qui ne les assure pas.

Grille d'une journée type :

- 10h45 – 11h10	accueil des personnes
- 11h15 – 12h00	1 ^{er} atelier thérapeutique
- 12h15 – 13h15	repas thérapeutique et rangement salle à manger
- 13h15 – 14h30	repos, temps libre
- 14h30 – 15h30	2 ^{ème} atelier thérapeutique
- 15h30 – 16h00	goûter
- 16h00 – 16h45	3 ^{ème} atelier thérapeutique
- 16h45 - 17h00	départ des personnes

4/ Transport

Il n'est pas assuré par l'EHPAD et reste au libre choix de chaque personne.

Une indemnité par jour de transport est donnée par l'établissement trimestriellement sur production d'un document remis avant le 10 du mois suivant au secrétariat de l'EHPAD.

Soit :

- Janvier, Février et Mars à donner avant le 10 Avril,
- Avril, Mai et Juin à donner avant le 10 Juillet,
- Juillet, Août et Septembre à donner avant le 10 Octobre,
- Octobre, Novembre et Décembre à donner avant le 10 Janvier.

Nom et coordonnées du transporteur :

5/ Linge

Les bénéficiaires doivent apporter du linge personnel de rechange, marqué à leur nom ainsi que, si besoin, les changes nécessaires à leur incontinence. Le blanchissage du linge personnel et les produits d'incontinence ne sont pas pris en charge par l'établissement. L'établissement conditionne le linge souillé des bénéficiaires dans des sacs spécifiquement prévus à cet effet et fournis par lesdits bénéficiaires.

Les serviettes de tables sont fournies par l'établissement et blanchies par ses soins.

6/ Objets de valeurs

L'établissement ne possède pas les équipements de sécurité tels qu'un coffre pour permettre le dépôt et la conservation des objets de valeur ou de sommes d'argent des bénéficiaires.

En conséquence, il est déconseillé aux personnes séjournant dans le service d'accueil de jour de l'établissement de posséder des objets de valeur ou de détenir des sommes d'argent pendant leur séjour.

Dans l'hypothèse où les bénéficiaires passeraient outre, ils sont informés qu'ils conservent lesdits objets de valeur et sommes d'argent sous leur responsabilité exclusive.

7) Prises de vue (photographies, film...)

Le Code Civil article 9, garantit le droit au respect de la vie privée de chacun. L'établissement est amené à effectuer des prises de vues (photos et vidéos) d'une part dans le cadre des activités d'animation (journal ou autres publications, rapports de stage, expositions, site internet de l'établissement...), d'autre part dans le cadre du dossier médical et du dossier de soins avec une diffusion interne et externe à l'établissement dans le respect du secret médical.

Je soussigné(e) (nom, prénom, qualité),
autorise/n'autorise⁽¹⁾ pas la diffusion d'une prise de vue concernant

(1) barrer la mention inutile

CONDITIONS DE CESSATION DES PRESTATIONS :

1/ A l'initiative du bénéficiaire, la décision doit être notifiée par écrit au directeur de l'EHPAD.

2/ Si l'état du bénéficiaire ne permet plus de le recevoir au sein du service d'accueil de jour, le directeur de l'EHPAD prend toutes les mesures appropriées après avoir consulté le cas échéant le médecin traitant, le bénéficiaire lui-même, sa famille et/ou son représentant légal.

3/ Tout défaut de paiement signalé par le comptable du Trésor et non régularisé par le bénéficiaire dans un délai de 15 jours à compter du signalement précité peut entraîner l'exclusion dudit bénéficiaire du service d'accueil de jour.

4/ En cas d'incompatibilité avec la vie en collectivité et le règlement de fonctionnement de l'EHPAD, le directeur prend toutes les mesures appropriées après avoir consulté le personnel du service et le cas échéant le médecin traitant ainsi que le bénéficiaire, sa famille et/ou son représentant légal pour proposer des solutions de remplacement. La confirmation de la décision prise en concertation sera faite au bénéficiaire, sa famille et/ou son représentant légal de préférence par lettre recommandée avec accusé de réception ou remise en mains propres contre décharge à l'issue d'un entretien avec le directeur.

5/ En cas de décès du bénéficiaire. Si celui-ci survient pendant la durée du séjour à l'accueil de jour, le directeur ou la personne assurant la garde administrative en son absence informe immédiatement la famille et/ou le représentant légal. Le directeur ou la personne assurant la garde administrative en son absence prend à titre conservatoire toutes les mesures appropriées à la situation et conformes à la dignité humaine.

CONDITIONS FINANCIERES :

La Journée : 17,70 € repas compris pour 2025.

La facturation est mensuelle et adressée à chaque bénéficiaire.

Le paiement s'effectue auprès du Trésor Public de Vitré par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal à terme échu.

Conditions particulières :

Après inscription, le bénéficiaire devra informer l'établissement de son absence 48 heures avant le jour de présence prévu. Si ce délai n'est pas respecté, les frais d'accueil de jour seront dus.

Ce document a été élaboré conjointement en présence de :

- M (bénéficiaire) qui reconnaît par sa signature ci-dessous apposée avoir été informé des conditions de sa prise en charge dans le service d'accueil de jour de l'EHPAD « Les Jardins du Castel » et qui a sollicité la présence de M (famille, représentant légal).

Châteaugiron, le/...../2025

***Lu et approuvé,
Le Bénéficiaire/représentant légal***

Le Directeur

David JEULAND

Annexe 1 : Coordonnées famille de M. / Mme

(Merci de mettre les référents dans l'ordre des personnes à contacter en priorité)

✓ Référent n°1 :

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP et Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

✓ Référent n°4 :

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP et Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

✓ Référent n°2 :

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP et Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

✓ Référent n°5 :

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP et Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

✓ Référent n°3 :

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP et Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

✓ Référent n°6 :

Lien de parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP et Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Mail :

Annexe 2 : Maquette Attestation Remboursement Transport

ATTESTATION REMBOURSEMENT TRANSPORT ACCUEIL DE JOUR

Je soussigné(e) Mme / M. demeurant

..... certifie avoir emmené(e)

Mme / M..... à l'accueil de jour « Le Castel Aristide »

les jours suivants :

✓ Mois de20..... :

- | | |
|------------|------------|
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |

✓ Mois de20..... :

- | | |
|------------|------------|
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |

✓ Mois de20..... :

- | | |
|------------|------------|
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |
| - le | - le |