

Document individuel de prise en charge

Contrat entre M/Mme.....

Ou son représentant légal.....

Et Mme DUPERRIER, représentant le Service Autonomie à Domicile de Saint Yrieix la Perche

Identité du service

SAD

Service Autonomie Aide et Soins A Domicile de Saint Yrieix la Perche

16 Avenue du Général de Gaulle

87500 Saint Yrieix la Perche

Tél : 05 55 75 99 56 / 05 55 08 20 31

Représenté par Isabelle DUPERRIER, Directrice

Identité du bénéficiaire

Nom :

Prénom :

1. Objectifs de la prise en charge entre l'utilisateur ou son représentant légal et le service

☐ Aide

☐ Soins

Cochez la ou les case(s) correspondante(s)

2. Durée de prise en charge

La présente prise en charge est conclue pour une durée d'une année, elle est renouvelable par tacite reconduction sauf à être dénoncée par l'une des parties par lettre recommandée avec accusé de réception un mois avant la date d'anniversaire.

3. Prestations mises en œuvre Nombre d'heures/semaine

Nombre d'heures par semaines _____ soit _____ mois. La fréquence des interventions pourra être modifiée pour contraintes de service (congés, formations...) sous réserve d'une information préalable de l'utilisateur.

Rythme théorique déterminé et heures à indiquer :

Lundi	Heures :	_____
Mardi	Heures :	_____
Mercredi	Heures :	_____
Jeudi	Heures :	_____
Vendredi	Heures :	_____
Samedi	Heures :	_____
Dimanche	Heures :	_____
Intervention les jours fériés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

- ☐ Aide à la toilette
- ☐ Aide à la préparation des repas
- ☐ Aide à l'entretien du logement
- ☐ Aide aux courses Aide à la prise des repas
- ☐ Aide à la prise des repas
- ☐ Aide aux déplacements extérieurs
- ☐ Aide à l'entretien du linge
- ☐ Aide aux transferts
- ☐ Aide aux démarches administratives

4. Tarifs

Le montant de la participation horaire à la charge du bénéficiaire est fixée à _____€

5. Modalités de facturation

Le bénéficiaire ou son représentant légal reçoit chaque mois une facture à acquitter à terme échu. Les retards font l'objet de relance, sans réponse les sommes dues sont transmises au Trésor Public pour un recouvrement.

Le SAD s'engage à fournir au bénéficiaire annuellement une attestation fiscale.

Monsieur ou Madame

Sera pris en charge par les Soins à compter du

☐ Le matin

☐ Le soir

☐ L'après-midi

☐ Les Week-ends et jours fériés

(Cocher les cases correspondantes)

Le bénéficiaire ou son représentant légal déclare avoir pris connaissance du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement et en accepte les conditions.

Ce contrat est fait en double exemplaire dont un sera remis signé à l'intéressé au plus tard dans les quinze jours suivant la prise en charge.

Fait à le

Le bénéficiaire

Pour le SAD