



Nœux-les-Mines l'Attractive  
Qualité de Ville, Qualité de Vie



**Pas-de-Calais**  
Mon Département



N°FINESS /620107946 Service SAAD autorisé en mode prestataire

## DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE

Valable du.....au.....

Le présent document est établi entre :

**Le Centre Communal d'Action Sociale de Nœux-les-Mines**, 10 rue d'Hingettes, 62290 Nœux-les-Mines, représenté par monsieur Serge MARCELLAK Président du CCAS et Maire de Nœux-les-Mines.

**Et le Bénéficiaire :**

Madame

Monsieur

NOM.....PRENOM.....

Demeurant.....

Téléphone.....

**Ou son représentant légal :**

Agissant en sa qualité de .....

Madame

Monsieur

NOM.....

Demeurant.....

Téléphone .....

Ces prestations ont pour but de :

- Favoriser le maintien à domicile dans les meilleures conditions de vie, de bien être, de convivialité, d'hygiène et de sécurité,
- Lutter contre l'isolement et la solitude
- Créer et/ou recréer le lien social
- Permettre à la personne d'être aidée, accompagnée, suppléée dans sa vie quotidienne et la participation financière de l'utilisateur, ainsi que la durée de l'intervention.

Le contrat a pour but de définir le type de prestation offerte, les modalités d'intervention et la participation financière de l'utilisateur, ainsi que la durée de l'intervention.

## Type d'intervention : Aide à Domicile

Type de personnel :  agent social/ qualifié  auxiliaire de vie

Nombre d'heures/semaine :

- Rythme théorique déterminé et heures à indiquer, heures programmées « variable selon les congés, la maladie, la formation »

### Les périodes d'intervention à votre domicile :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Jours fériés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Matin	Midi	Après-midi	Soir
Horaires d'intervention	De 7 h à 10h30	De 11h à 13h30	De 13h30 à 18h00	De 17h à 20h00
Aide à l'habillage/change/déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide aux transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide au lever et au coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien des locaux /linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garde active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres tâches à effectuer :

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### **Paiement**

- Prise en charge Aide Sociale, accord Conseil Départemental du.....au.....
- Prise en charge APA du ....., nombre d'heures possibles/mois.....  
Cout horaire restant à la charge du bénéficiaire.....ttc
- Accord Caisse de Retraite : Nom de la Caisse.....  
Nombre d'heures.....  
Cout horaire pris en charge par la Caisse.....  
Cout horaire restant à la charge du bénéficiaire.....
- Tarification intégrale : .....euros par heure ttc

Le règlement s'effectuera dès réception de la facture par

Chèque       Espèce       CESU

Les absences, arrêts éventuels et retours doivent être signalés au service sans tarder « au plus vite ».

Les prestations ne pourront s'effectuer que dans les conditions indiquées dans le règlement intérieur.

Règlement dont vous avez pris connaissance et que vous devez respecter scrupuleusement.

**Règles normatives :**

1) Pour les situations d'urgence, le contrat peut être établi après le début de l'intervention, au plus tard dans un délai de huit jours, sans toutefois notifier la tarification et la durée de la prise en charge.

2) Dans l'attente d'une réponse de prise en charge à l'aide sociale, le prix à payer est le tarif plein. Le prix est réajusté dès l'obtention de l'accord. Un avenant au contrat sera établi dès réception de la prise en charge.

3) Si la proposition de service est faite à l'occasion d'une visite à domicile et dépasse l'objet de la demande initiale, la structure laisse un délai de rétractation de sept jours (artL121-21 du Code de la Consommation).

Si les interventions ont dû être commencées dans l'urgence, à la demande du bénéficiaire, de la famille ou des services sociaux, les heures faites avant le délai de rétractation sont à la charge du bénéficiaire.

4) La durée du contrat ne peut excéder une année de date à date et peut-être renouvelable.

5) Toutes modifications intervenant sur ce contrat devront être notifiées dans un avenant cosigné par les deux parties.

**IMPORTANT** : Cette fiche est établie en fonction des besoins évalués au démarrage du service et dans les limites des possibilités d'intervention de celui-ci. Elle est susceptible, également, d'être revue en fonction de l'évolution de l'état de santé du bénéficiaire et/ou du non respect des conditions de réalisation de notre prestation.

Date :

Signature du bénéficiaire

Précéder la signature de la

Mention « lue et approuvé »

La responsable de service

Madame Victor Nathalie

Président du CCAS : Siège Social Hôtel de Ville, 101 rue Nationale 62290 NŒUX-LES-MINES Tél 03 .21.66.78.22, Fax 03 21 25 87 34.



Noeux-les-Mines l'Attractive  
Qualité de Ville, Qualité de Vie

**CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE  
SERVICE D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE  
DE NOEUX-LES-MINES  
N° FINESS : 620107946 -Service SAAD autorisé en mode Prestataire**

### DESIGNATION d'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) .....

Né (e) le .....

Domicilié (e).....

Désigne

Monsieur/Madame .....

Né (e) le .....

Résidant .....

Téléphone .....

Lien avec la personne .....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance jusqu'à ce que j'en décide autrement.

J'ai bien noté que Monsieur/Madame.....

. Pourra être consulté par l'équipe du SAAD en cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les prestations qui me sont prodiguées et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de la (le) joindre.

. Sera informée (e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

.... Je ne désire pas nommer de personne de confiance.

Fait à Noeux-les-Mines, le

Signature

Signature de la personne désigné (e)

