

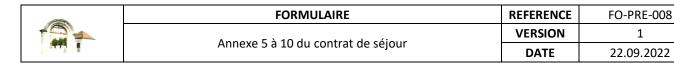
FORMULAIRE	REFERENCE	FO-PRE-008
Ammono F à 10 du combret de céieur	VERSION	1
Annexe 5 à 10 du contrat de séjour	DATE	22.09.2022

	Rédacteur	Validation	MRQ
Nom	V. Marchionni / D. Dumas	P. Le Moal	S. Brugière
Fonction	Resp. Accueil / CS	CSS	Qualiticien
Date	08.07.2022	22.09.2022	22.09.2022

Annexe N°5 – Personne de confiance

Formulaire de désignation d'une personne de confiance (Art. L.311-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, Loi N° 2015-1776 du 28 décembre 2015)

Je soussigné(e), (Nom et Prénom) Sce soins : Ch n° :
□ déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne pas souhaiter en désigner une .
□ déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et souhaite en désigner une :
Mme, Mr, (Nom et Prénom) :
Demeurant :
Téléphone :
Pour m'assister en cas de besoin, en qualité de personne de confiance, durant mon séjour à l'EHPAD Serge BAYLE. J'ai bien noté que Mr, Mme
• Pourra être consulté(e) par l'équipe médicale au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté, concernant les soins, ou de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Ainsi, et sauf cas d'urgence ou d'impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
 M'accompagnera, à ma demande, dans mes démarches au sein de l'EHPAD, et pourra m'assister afin de m'aider dans mes décisions Recevra, en cas de diagnostic ou pronostic grave, les informations nécessaires destinées à lui permettre de m'apporter un soutier direct.
J'ai bien noté : • Que si j'en fais la demande expresse à l'équipe médicale, les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance. • Qu'il me revient de l'informer de cette disposition.
• Que je pourrais mettre fin à cette désignation à tout moment et qu'il suffirait de retourner ce document, au Cadre du service, rayé signé, daté et portant la mention « annulé ».
 Que ce document sera établi en 3 exemplaires, deux pour la personne désignée (dont un est à retourner à l'EHPAD Serge BAYLE avec signature pour accord de la personne de confiance), un pour moi-même. Fait à Le
Je soussigné(e), résident à l'EHPAD d'Aigueperse. Fait à : Le :
Signature



MANDAT DE PERSONNE DE CONFIANCE

La désignation d'une personne de confiance s'inscrit dans le droit des individus à être « **Acteur » dans l'acceptation des soins** qui lui sont prodigués. (Loi du 02/01/2002 et du 04/03/2002)

Désignation de la « Personne de Confiance » : article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique.

La désignation d'une personne de confiance <u>n'est pas obligatoire</u>, elle est librement choisie par le résident.

« <u>Toute personne majeure</u> peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »

Les dispositions du présent article <u>ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle</u> est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

Rôle de la personne de confiance, domaines d'application :

La personne de confiance a pour rôles :

- D'accompagner le résident, à sa demande, pour l'ensemble de ses **démarches au sein de l'EHPAD** et de l'aider éventuellement dans ses choix.
- D'aider à la prise de décision des soins médicaux proposés au résident qui l'a désigné.

Ainsi:

- Lorsque le résident dispose de toutes ses capacités cognitives, la personne de confiance accompagne celui-ci dans les démarches et peut avec son accord assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. (La personne de confiance peut être présente mais n'a pas à s'exprimer à la place de la personne concernée)
- Lorsque le résident n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté, et sauf urgence ou impossibilité de la joindre, le médecin informe la personne de confiance qui peut donner un avis consultatif aidant à la prise de décision. Il peut s'agir par exemple de décision dans le cadre de troubles cognitifs, de troubles de la perception, coma, confusion, état végétatif, patient en fin de vie et hors d'état d'exprimer sa volonté...
- Lorsque le résident a fait part de « Directives Anticipées », la personne de confiance veille à ce que ces directives soient prises en compte.

Formulaire de désignation :

Le formulaire de désignation, au dos de ce document, daté et signé, sera intégré au dossier du résident. Il appartient au résident d'informer la personne qu'il aura choisi, de cette désignation et d'obtenir son accord Sauf révocation écrite, il sera considéré comme valable pendant toute la durée de son séjour à l'EHPAD d'Aigueperse. Le résident a la possibilité de limiter les informations qui pourront être délivrées à la personne de confiance. Une copie de ce document accompagnera le résident lors d'éventuelles hospitalisations.



FORMULAIRE	REFERENCE	FO-PRE-008
Amazia F à 10 du contrat de effecti		1
Annexe 5 à 10 du contrat de séjour	DATE	22.09.2022

<u>Annexe N°6 – Consentement éclairé</u>

Formulaire de recueil de Consentement Eclairé pour une Admission en EHPAD (Fait en 2 exemplaires : un remis au résident ou à son représentant légal, l'autre est conservé par l'établissement)

Madame ou Monsieur (Nom et Prénom) :

Date de naissance :
Candidat à l'admission au sein de l'EHPAD Serge BAYLE
Exprime, en signant ce formulaire :
• Avoir reçu oralement lors d'un entretien avec
 Avoir pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et recevoir des réponses claires et précises.
J'ai notamment bien compris les dispositions et les prises en charges qui pourraient m'être proposées en cas de perte d'autonomie physique ou psychique, notamment celles liées à l'accompagnement des résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.
J'ai pu visiter l'établissement, ses services, ses espaces collectifs et la chambre qui me sera proposée.
A défaut d'avoir pu me déplacer pour faire cette visite, j'ai rencontré qui m'a présenté l'établissement et ses spécificités. Une visite de l'EHPAD a été faite le par
J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant entre les informations reçues et ce consentement avant de prendre ma décision.
Recueil de données :

Les données ayant trait à ma situation administrative, à mon état de santé et à mes habitudes et souhaits de vie, demeurent strictement confidentielles et ne peuvent être consultées que par le personnel de l'EHPAD et les intervenants extérieurs utiles ou nécessaires à l'accomplissement des actes d'accompagnements décrit dans l'ensemble des documents contractuels. Tous ces personnels et personnes mandatées par elles, demeurent astreints au secret professionnel.

Ces données pourront être consultées autant que besoin par les autorités sanitaires et judiciaires et par toutes autorités mandatées par elles.

Informatisation des données :

J'accepte le traitement informatisé des données personnelles en conformité avec les dispositions de la Loi 78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la Loi n°2004-801 du 6 aout 2004 de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. En particulier, j'ai noté que je pourrais exercer, à tout moment, un droit d'accès et de rectification de mes données personnelles, en m'adressant auprès du Directeur de l'établissement.

Information:

A ma demande, je peux obtenir toute information complémentaire auprès due Directeur de l'établissement. De même, je serai informé(e) de toute nouvelle information durant le séjour susceptible de modifier ma décision quant à ma présence au sein de l'EHPAD.



*	FORMULAIRE	REFERENCE	FO-PRE-008
	Annaus F à 10 du contrat de afigur		1
), iš ja	Annexe 5 à 10 du contrat de séjour	DATE	22.09.2022

Partie réservée au candidat	Partie réservée au Directeur
Nom et Prénom	Nom et Prénom
Date et lieu	Date et lieu
Signature	Signature

Signature	Signature
Si la personne n'est pas en capacité de lire et /ou éc	rire le français, le cas échéant :
En l'absence d'autonomie de lecture et/ou d'écriture	de Mme, Mr
	oir personnellement et fidèlement lu au candidat, l'ensemble des sentement, et recueilli son accord pour signer ici en son nom.
Tierce personne :	
Madame, Monsieur (Nom et Prénom) :	
Le Signature	
Impossibilité de recueillir le consenteme	ent éclairé_
Je soussigné,,	médecin coordonnateur de l'établissement, après avoir consulté le
dossier médical et/ou le médecin traitant de Me,	Mr, certifie lui avoir donné le maximum
d'explications compatibles avec son état de santé po	our lui faire comprendre la nécessité de son admission en EHPAD. A
l'issue de notre entretien Me, Mr semble accepter ce	ette entrée en institution.
lo Cianatura	
Le Signature	



FORMULAIRE	REFERENCE	FO-PRE-008
Ammana F à 10 du pambrat de aéigea	VERSION	1
Annexe 5 à 10 du contrat de séjour	DATE	22.09.2022

Annexe N°7 – Droit à l'image

Demeurant :	
En qualité de (résider Nom du Résident Autorise : l'EHPA 1 bd de	D Serge Bayle el'hôpital O AIGUEPERSE
	n image (photos, films, radiographies,) dans le cadre du traitement automatisé de ous les supports de communications de l'établissement (animations, logiciel médical,)
documents a	mon image se limite à l'utilisation indispensable au sein du logiciel médical et aux ssurant la sécurisation de mon accompagnement (procédure de distribution de procédure de gestion des égarements,)
Diffusion : Interne	e et externe à l'établissement dans le respect du secret Médical
Fait à Aigueperse, le Signature de l'interre	ssé (e)
Conformémént à la lo	i n° 78-17 du 6 ianvier 1978, nous vous rappelons que votre dossier social, paramédical e

médical est informatisé.



FORMULAIRE	REFERENCE	FO-PRE-008
America E à 10 du combret de céleur	VERSION	1
Annexe 5 à 10 du contrat de séjour	DATE	22.09.2022

Annexe N°8 – Animaux

Formulaire Animaux de compagnie (Circulaire Franchesci du 11 mars 1986 et Art. 30 de l'arrêté du 29 septembre 1997)

Je soussigne(e), (Nom et Prenom) Sce soins : Cn n Cn n
□ déclare que mon (chat, chien*) dont le nom est : Est à jour de ses vaccinations, vermifuges et traitements anti parasitaire. (copie du carnet de santé de l'animal)
□ m'engage à gérer l'entretien nécessaire à mon (chat, chien) par rapport à ses besoins et à son alimentation.
□ m'engage à faire les visites vétérinaires nécessaires à son état dans le cadre de la vie en collectivité et à fournir le certificat annuel de visite chez le vétérinaire.
□ m'engage à fournir, chaque année, l'attestation d'assurance prenant en compte l'animal.
□ m'engage à confier mon animal de compagnie, à la personne désignée, si son maintien auprès de moi n'est plus possible sans nuisance au sein de l'EHPAD (aboiements, risque de morsures, dégradations risque sanitaire (puces, zoonose)).
Si je ne suis plus en mesure de prendre en charge mon (chat, chien), ou si sa présence n'est plus compatible avec un accueil en collectivité, je désigne :
Mme, Mr, (Nom et Prénom) :
Demeurant :
Téléphone :
Ce document est établi en 3 exemplaires, un pour la personne désignée, un pour moi et un pour l'EHPAD Serge BAYLE.
*Rayer la mention inutile. Fait à : Le Signature
Je soussigné(e) accepte ma désignation pour prendre en charge l'animal de
compagnie de Mme, Mr résident à l'EHPAD Serge BAYLE d'Aigueperse.
Fait à Le Le
Cianatura



FORMULAIRE

Annexe 5 à 10 du contrat de séjour

REFERENCE FO-PRE-008
VERSION 1

22.09.2022

DATE

Annexe N°9 - Consentement soins dentaires



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ PROTOCOLE SBDM - EHPAD

(SOUMIS ET ARCHIVE PAR LES EHPAD, une copie peut être demandée par SBDM-EHPAD)

Patient sans tutelle

	Je soussigné(e)né(e) le résident à l' EHPAD dedonr mon consentement, libre et éclairé en date du pour être pris en charge par SBDM-EHPAI (L'expérimentation pour l'article 51 dure 4 ans) afin de bénéficier des soins merci de bien vouloir cocher toute les cases :
-)	Option 1 Bénéficier d'un simple télédiagnostic bucco-dentaire: à partir de photo(s) réalisé(e)s par ur personne désignée par l'EHPAD, transmise(s) ensuite par messagerie sécurisée, au télé-Chirurgien-Dentis requis qui analysera à distance et de façon différée votre état bucco-dentaire.
	Ce télédiagnostic donnera lieu à : Un plan de traitement Des conseils d'hygiène Une prescription médicamenteuse en cas de nécessité.
	Le compte rendu de ce télédiagnostic sera communiqué au référent médical de votre EHPAD (médec coordinateur).
	Cette option (1) est prise en charge financièrement directement par l'Assurance Maladie sans frais de votre part.
	Pour les résidents ayant déjà un suivi auprès d'un Chirurgien-Dentiste, merci de nous l'indiquer, si voi souhaitez au moins bénéficier du télédiagnostic, alors nous pourrons communiquer le résultat à voti Chirurgien-Dentiste indiqué ci-dessous :
	Nom :Adresse :

→□ Si refus, préciser le motif :

Ce télédiagnostic (option 1) peut être effectué sans avoir recours au service des soins buccodentaires sur place (option 2).

→ Option 2 Bénéficier des soins bucco-dentaires sur place et m'engage à régler la somme de 35 euros par semestre ou 70 euros par an (ce qui vous assure au minimum une visite dans le véhicule ou au chevet), somme collectée par votre EHPAD ou à adresser directement par voie postale au siège administratif de l'association SBDM-EHPAD situé au Centre d'Affaires Auvergne, 15 rue du Pré la Reine, 63100 Clermont-Ferrand.

Le règlement peut se faire par chèque (libellé à l'ordre : SBDM-EHPAD) ou par virement bancaire (IBAN : FR76 1009 6181 3600 0875 7110 154) en précisant pour chaque mode de règlement, le nom, prénom et l'EHPAD sur lequel réside le patient.

Normalement vos actes bucco dentaires devraient être totalement pris en charge. Cependant ces actes bucco dentaires seront à régler au Chirurgien-Dentiste intervenant avant que vous ne soyez remboursés. S'il devait y avoir un dépassement, vous aurez un devis avant les soins. Le Chirurgien-Dentiste vous établira une feuille de soins ou télétransmettra à l'Assurance Maladie pour remboursement.

→ 🗖 Si refus, préciser le motif:



SBDM-EHPAD

Centre d'Affaires Auvergne-15 Rue du Pré la Reine-63100 Clermont-Ferrand N° SIRET : 853 421 733 00017

Tel: 04.73.14.62.20-Mail: contact@sbdm-ehpad.fr

Page 1 sur 5



FORMULAIRE REFERENCE FO-PRE-008 Annexe 5 à 10 du contrat de séjour VERSION 1 DATE 22.09.2022

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ
PROTOCOLE SBDM - EHPAD

(SOUMIS ET ARCHIVE PAR LES EHPAD, une copie peut être demandée par SBDM-EHPAD)

Les séances de soins en EHPAD (option 2) sont obligatoirement précédées du télédiagnostic buccodentaire (option 1).

Pour les résidents ayant un suivi régulier avec un Chirurgien-Dentiste, il n'est pas dans l'obligation de bénéficier des soins bucco-dentaires en EHPAD, le résident conserve en tout état de cause la liberté de choix de son Chirurgien-Dentiste et la possibilité de résilier à tout moment l'option 2.

Ce consentement peut être annulé par courrier avec AR à l'adresse suivante : SBDM-EHPAD-Centre d'Affaires Auvergne-15, rue du Pré la Reine – 63100 Clermont Ferrand, pour effet le semestre suivant.

SBDM-EHPAD ne peut en aucun cas être tenu responsable, en cas de litige entre le patient et le professionnel de santé réalisant le télédiagnostic.

Quel que soit l'option choisie je certifie avoir pris connaissance et accepte que mes données soient partagées au professionnel de Santé dans le cadre des soins bucco-dentaires assurés par SBDM-EHPAD selon le RGPD (détails en annexe de ce consentement).

Signature du résident précédée de la mention « lu et approuvé » :



SBDM-EHPAD

Centre d'Affaires Auvergne-15 Rue du Pré la Reine-63100 Clermont-Ferrand N° SIRET : 853 421 733 00017

Tel: 04.73.14.62.20-Mail: contact@sbdm-ehpad.fr

Page 2 sur 5



FORMULAIRE

Annexe 5 à 10 du contrat de séjour

 REFERENCE
 FO-PRE-008

 VERSION
 1

 DATE
 22.09.2022



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ PROTOCOLE SBDM - EHPAD

(SOUMIS ET ARCHIVE PAR LES EHPAD, une copie peut être demandée par SBDM-EHPAD)

Patient sous tutelle/curatelle ou personne de confiance				
Je so	ussigné(e)	, tuteur/tutrice de		né(e) le
pris e	e mon consentement, libre et en charge par SBDM-EHPAD. (l i de bien vouloir cocher toutes	L'expérimentation pour l'artic		_
une p	Option 1 Faire bénéficier d'u personne désignée par l'EHPAD s qui analysera ; à distance et d), ensuite transmise(s) par me	ssagerie sécurisée, au télé-	
:	lédiagnostic donnera lieu à : Un plan de traitement Des conseils d'hygiène éver Une prescription médicame			
	ompte rendu de ce télédiagn linateur).	ostic sera communiqué au	référent médical de votr	e EHPAD (médecin
	option (1) est prise en cha part.	arge financièrement directer	nent par l'Assurance Mai	ladie sans frais de
souha Chiru	les résidents ayant déjà un aitez au moins bénéficier du rgien-Dentiste indiqué ci-desso :Adn	ı télédiagnostic, alors nous ous :	pourrons communiquer	le résultat à votre
→ □ Si re	efus, préciser le motif :			
	élédiagnostic (option 1) po aires sur place (option 2).	eut être effectué sans av	oir recours au service	des soins bucco-
euros ou au admir Clerm Ceper soyez	Option 2 Faire Bénéficier de par semestre ou le chevet), somme collectée paistratif de l'association SBDM nont-Ferrand. Normalement endant ces actes bucco dentaire remboursé. S'il devait y avoit ste vous établira une feuille de	70 euros par an (ce qui vous a par votre EHPAD ou à adre I-EHPAD situé au Centre d'Aff vos actes bucco dentaires res seront à régler au Chirur pir un dépassement, vous au	assure au minimum une vis asser directement par voi aires Auvergne, 15 rue du devraient être totalemer gien-Dentiste intervenant urez un devis avant les so	site dans le véhicule e postale au siège Pré la Reine, 63100 nt pris en charge. avant que vous ne oins. Le Chirurgien
1009	glement peut se faire par chèq 6181 3600 0875 7110 154) en I réside le patient.			
→ □ Si re	efus, préciser le motif :			



SBDM-EHPAD

Centre d'Affaires Auvergne-15 Rue du Pré la Reine-63100 Clermont-Ferrand N° SIRET : 853 421 733 00017

Tel: 04.73.14.62.20-Mail: contact@sbdm-ehpad.fr

Page 3 sur 5



FORMULAIRE REFERENCE FO-PRE-008 **VERSION** DATE 22.09.2022

Annexe 5 à 10 du contrat de séjour



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ PROTOCOLE SBDM - EHPAD

(SOUMIS ET ARCHIVE PAR LES EHPAD, une copie peut être demandée par SBDM-EHPAD)

Les séances de soins en EHPAD (option 2) sont obligatoirement précédées du télédiagnostic buccodentaire (option 1).

Pour les résidents ayant un suivi régulier avec un Chirurgien-Dentiste, il n'est pas dans l'obligation de bénéficier des soins bucco dentaires en EHPAD, le résident conserve en tout état de cause la liberté de choix de son Chirurgien-Dentiste et la possibilité de résilier à tout moment l'option 2.

Ce consentement peut être annulé par courrier avec AR à l'adresse suivante : SBDM-EHPAD-Centre d'Affaires Auvergne-15, rue du Pré la Reine – 63100 Clermont Ferrand, pour effet le semestre suivant.

SBDM-EHPAD ne peut en aucun cas être tenu responsable, en cas de litige entre le patient et le professionnel de santé réalisant le télédiagnostic.

partagées au professionnel de Sa	Quel que soit l'option choisie je certifie avoir pris connaissance et accepte que mes donné ées au professionnel de Santé dans le cadre des soins bucco-dentaires assurés par SBDM-EHPA (détails en annexe de ce consentement).			
Remarques ou informations impo	es ou informations importantes à transmettre au Chirurgien-Dentiste :			

Signature du résident précédée de la mention « lu et approuvé » :



SBDM-EHPAD

Centre d'Affaires Auvergne-15 Rue du Pré la Reine-63100 Clermont-Ferrand N° SIRET: 853 421 733 00017

Tel: 04.73.14.62.20-Mail: contact@sbdm-ehpad.fr Page 4 sur 5



FORMULAIRE REFERENCE FO-PRE-008 Annexe 5 à 10 du contrat de séjour VERSION 1 DATE 22.09.2022

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ

PROTOCOLE SBDM - EHPAD

(SOUMIS ET ARCHIVE PAR LES EHPAD, une copie peut être demandée par SBDM-EHPAD)

ANNEXE: CONSENTEMENT ECLAIRE RGPD

RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données)

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, et abrogeant la directive 95/46/CE

L'accompagnement de votre équipe soignante se fait avec l'aide de dispositifs de télémédecine mis en place par SBDM-EHPAD, avec pour finalité d'améliorer votre suivi et la prise en charge de votre santé bucco-dentaire en partageant les données de santé à caractère personnel.

L'utilisation de dispositifs de télémédecine et le partage des données de santé entre les différents professionnels de santé supposent la collecte et le traitement de données à caractère personnel par l'EHPAD qui vous accueille. La communication de ces données (nom, prénom, numéro de sécurité sociale, date de naissance...) sera indispensable pour pouvoir intégrer ce projet de télémédecine.

Vos professionnels de santé auront accès, de manière rapide, facile et confidentielle, à toutes les informations rassemblées dans votre dossier médical tenu par votre EHPAD et sera mis à disposition à SBDM-EHPAD. Celles-ci sont consultées uniquement par des personnes soumises au secret professionnel.

Vous disposez d'un droit d'information, d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant et faisant l'objet d'un traitement dans le cadre du projet de télémédecine, ainsi que d'un droit d'opposition au traitement de ces données. Ces données ne feront l'objet d'aucune exploitation commerciale et ne seront ni cédées, ni utilisées à d'autres fins.



SBDM-EHPAD

Centre d'Affaires Auvergne-15 Rue du Pré la Reine-63100 Clermont-Ferrand N° SIRET : 853 421 733 00017

Tel: 04.73.14.62.20-Mail: contact@sbdm-ehoad.fr Page 5 sur 5



FORMULAIRE REFERENCE FO-PRE-008 Annexe 5 à 10 du contrat de séjour VERSION 1 DATE 22.09.2022

Annexe N°10 - Personnes qualifiées







ARS no

Etat - Préfet nº

Département n°

Portant désignation des personnes qualifiées prévues à l'article L.311-5 du code de l'action sociale et des familles

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, Le Président du Conseil départemental du Puy-de-Dôme, La Préfète du département du Puy-de-Dôme,

Vu la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et instituant par son article 9, dans chaque département, une liste de personnes qualifiées ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.311-5; R. 311-1 et R311-2;

Considérant les différentes candidatures reçues pour devenir personne qualifiée,

Sur proposition du Directeur de la délégation départementale du Puy-de-Dôme de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, du Président du Conseil départemental du Puy-de-Dôme et de la Préfète du Puy-de-Dôme ;

ARRETENT

Article 1er:

La liste des personnes qualifiées prévues à l'article L.311-5 du Code de l'action sociale et des familles est établie comme suit :

Monsieur Yves BARDON	Ancien directeur général de l'Association Départementale d'Amis et de Parents d'Enfants Inadaptés (ADAPEI)
Madame Marie-Claude CAUMEL	Administrateur à l'Association Tutélaire Nord-Auvergne (ATNA), ancienne directrice de l'Association tutélaire 63
Monsieur Henri DUBREUIL	Président honoraire de Tribunal administratif et de cour administrative d'appel
Monsieur Jean-Louis GERAUD	Ancien directeur général du Conseil départemental du Puy-de-Dôme
Madame Sylvie GOUHIER	Juge de formation au Tribunal de contentieux de l'incapacité, ancienne déléguée territoriale adjointe de l'Agence régionale de santé
Monsieur Claude MOINE	Ancien directeur du Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les Handicaps et les Inadaptations (CREAHI) Auvergne
Madame Marie-Hélène VERGNE	Ancienne conseillère technique de service social à la Direction départementale de la cohésion sociale du Puy-de-Dôme



FORMULAIRE REFERENCE FO-PRE-008 VERSION 1

DATE

22.09.2022

Annexe 5 à 10 du contrat de séjour

Article 2:

La liste établie par le présent arrêté est valide pour une durée de 3 ans à la date de publication.

Article 3:

Cette liste sera actualisée par un arrêté établi conjointement par le Directeur général de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ou le Délégué départemental du Puy-de-Dôme de l'Agence régionale de santé, le Président du Conseil départemental du Puy-de-Dôme et la Préfète du Puy-de-Dôme.

Article 4:

La liste des personnes qualifiées est transmise, à chaque modification, par le Délégué départemental du Puy-de-Dôme de l'Agence régionale de santé, le Président du Conseil départemental du Puy-de-Dôme et la Préfète du Puy-de-Dôme, aux établissements et services sociaux et médico-sociaux autorisés qui doivent informer par tous moyens, les personnes accueillies dans ces structures.

Article 5:

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours administratif gracieux auprès du Directeur général de l'Agence régionale de santé, du Président du Conseil départemental du Puy-de-Dôme et de la Préfète du Puy-de-Dôme dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la présente décision.

Un recours contentieux peut être introduit devant le Tribunal administratif dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 6:

Le Délégué départemental du Puy-de-Dôme de l'Agence régionale de santé, le Président du Conseil départemental du Puy-de-Dôme et la Préfète du Puy-de-Dôme sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes, de la Préfecture du Puy-de-Dôme et au bulletin officiel du Département du Puy-de-Dôme.

Fait à Clermont-Ferrand le (en trois exemplaires originaux) D 8 OCT. 2019

Pour l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes, La Préfète du Puy-de-Dôme, Le Président du Conseil départemental du l'uy-de Dôme,

Anne-Gasile BATTY OUIN-CLERC

If | · Direct · délégation,

GLABI

Page 13 sur 13 EHPAD AIGUEPERSE