Une image contenant texte

Description générée automatiquement

*Société Philanthropique*

DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE

Centre d’Activités de Jour

2 rue Gustave et Martial Caillebotte

75020 PARIS

*01 46 27 05 72*

Version validée par Joachim Perroud le 15 février 2019

**Le présent document est établi conformément à la législation et la réglementation en vigueur, lorsque la personne accueillie ou son représentant légal refuse de conclure un contrat de séjour.**

Il a été élaboré par M. Mounir DAOUDI agissant en qualité de directeur, sur délégation de pouvoir de l’organe compétent de la Société Philanthropique.

Il est proposé à défaut de signature du contrat de séjour à :

Nom et Prénom :………………………………………………………………………………………….

Né(e) le ………………………………………… à ….….……………………………………………...

Demeurant : ………………………………………………………………………………………………

Dénommé (e) ci-après « la personne accueillie »,

Représentée ou assistée par :

M. ou Mme : ……………………………………………………………………......................................

Demeurant : ………………………………………………………………………………………………

Agissant en qualité de ……………………………………………………………………………………

Le cas échéant, en vertu des pouvoirs qui lui sont octroyés par le jugement[[1]](#footnote-1) du ………………………..

Dénommé(e) ci-après « le représentant légal ».

Le présent document est remis à la personne accueillie (ou à son représentant légal) au plus tard dans les quinze jours qui suivent son admission, après que le directeur du CAJ ou son représentant, lors d’un entretien, ait remis l’information orale et écrite à la personne accueillie de sa possibilité de désigner une personne de confiance[[2]](#footnote-2) , conformément à l’article L.311-5-1 CASF (annexe 1). Cet entretien n’a pas lieu si la personne accueillie a déjà désigné une personne de confiance.

La remise du document intervient à la suite d’un entretien entre la personne accueillie et le directeur du CAJ ou son représentant. La personne accueillie peut, si elle le souhaite, être accompagnée de sa personne de confiance ou toute autre personne désignée par elle. L’objectif de cet entretien est de rechercher le consentement de la personne à être accueillie et de l’informer de ses droits en s’assurant de sa compréhension.

Lors de la remise du présent document, la personne accueillie (ou son représentant légal) peut être accompagnée de sa personne de confiance.

**Il a été arrêté et convenu ce qui suit** :

**Article 1- OBJET DU DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE**

Le document individuel de prise en charge définit les objectifs et la nature de la prise en charge de la personne accueillie au sein de l’établissement, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes, leur coût prévisionnel ainsi que les droits et obligations réciproques de l’établissement et de la personne accueillie.

Les modalités et les conditions de fonctionnement de l’établissement sont définies dans le règlement de fonctionnement joint au présent document.

**Article 2 - DUREE**

Le présent document est établi pour une durée indéterminée à compter de la remise de celui-ci, sous réserve du maintien de l’orientation de la Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Le présent document prendra effet le …………………………………………………………………………..

**Article 3 – CONDITIONS D’ADMISSION**

L’établissement est autorisé à accueillir pour une capacité d’accueil de 24 places par arrêté du 12 avril 2018.

L’admission est prononcée par le directeur de l’établissement ou son représentant, après examen et avis de la commission d’admission de l’établissement, et suivant la réception de la notification de la CDAPH.

**Article 4 - CONDITIONS D’ACCUEIL**

L’établissement est ouvert 220 jours par an, selon le calendrier fixé chaque année. L’établissement est fermé durant 3 semaines au cours de la période estivale. Les dates de fermeture sont communiquées plusieurs mois à l’avance.

Le calendrier d’ouverture est communiqué aux personnes accueillies et à leur famille/représentant légal en début d’année. Ce calendrier devra être strictement respecté. Aucune dérogation ne sera acceptée pour des raisons de convenance personnelle. Dans tous les cas, l’établissement doit être systématiquement informé par courrier, au plus tard le matin même de l’absence.

L’accompagnement de la personne accueillie au sein du Centre d’Activités de Jour St Joseph est assuré à partir du ………………………………

Une réunion des familles est organisée 1 fois par an, les familles sont également invitées à des moments festifs.

**Article 5 - OBJECTIFS DE L’ACCOMPAGNEMENT**

**L’établissement a pour missions d’offrir à chacun :**

* un cadre de vie adapté et sécurisant ;
* un accompagnement dans le développement et le renforcement des acquis ;
* des espaces favorisant l’expression et le recueil des attentes ;
* une attention à son épanouissement physique et psychique ;
* un accompagnement dans la réalisation des actes de la vie courante, favorisant l’autonomie ;
* une approche respectant son identité, son statut d’adulte et son intimité ;
* des activités permettant une inscription dans la vie sociale et dans la cité ;
* la possibilité de développer sa vie affective et de maintenir du lien avec son entourage.

Conformément à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, la personne accueillie sera associée à toutes décisions la concernant, dans le respect de ses potentialités. Son consentement sera recherché à chaque étape de son accompagnement.

**Article 6 – OBLIGATIONS GENERALES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE**

**6.1 Respect des locaux et des règles de sécurité**

La personne accueillie s’engage :

* + - * A utiliser les locaux, les équipements et les services selon leur destination, et dans les conditions prévues par le règlement de fonctionnement ;
      * A respecter la réglementation en vigueur en matière de sécurité et de salubrité ;
      * A n’apporter aucune modification aux locaux mis à sa disposition, ni aux équipements fournis ;
      * A ne pas utiliser, introduire, entreposer des appareils bruyants, dangereux, explosifs ou inflammables, ou installer un appareil de chauffage ou de cuisson dans la structure, afin de préserver l’ordre public, la tranquillité, la sécurité des personnes et des biens.

**6.2 Assurance et responsabilité**

Le Centre d’Activités de Jour est assuré pour l’exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur. Cette assurance n’exonère pas la personne accueillie, sa famille, et/ou ses représentants légaux pour les dommages dont ils pourraient être la cause.

La personne accueillie et/ou son représentant légal s’engage à souscrire un contrat d’assurance.

La personne accueillie et/ou son représentant légal maintient cette assurance pendant toute la durée de l’occupation et s’engage à fournir annuellement à l’établissement une attestation de souscription.

**Article 7 - PRESTATIONS PROPOSEES PAR L’ETABLISSEMENT**

Un projet personnalisé est co-construit avec la personne accueillie et/ou son représentant légal dans les six mois suivant l’admission. Les objectifs et les prestations adaptées du projet personnalisé font l’objet d’un avenant au présent document.

Le projet personnalisé est réactualisé au moins une fois par an, en concertation avec la personne accueillie et/ou ses représentants légaux. Toute modification du projet personnalisé donne systématiquement lieu à la conclusion d’un nouvel avenant au contrat de séjour.

L’établissement s’engage à mettre en œuvre l’ensemble des moyens à sa disposition pour parvenir à la réalisation des objectifs définis dans l’avenant au DIPC. Néanmoins, la responsabilité de l’établissement ne saurait être engagée si les objectifs fixés ne sont pas atteints.

**7.1 Prestations de soins**

L’établissement propose les prestations de soins suivantes :

* **Des actions de prévention santé :** soins bucco-dentaires, alimentation, etc.
* **Un accompagnement psychologique :** entretiens et groupes de parole pour les personnes accueillies, soutien des proches, partenariats avec les CMP.
* **Des actions de rééducation et de réadaptation :** bilans et ateliers de psychomotricité, salle multi sensorielle, présence régulière au sein de l’établissement de professionnels libéraux paramédicaux (kinésithérapeute, orthophoniste, podologue).

La personne accueillie reste suivie par son médecin traitant à l’extérieur.

**7.2 Prestations en matière d’autonomie**

L’établissement est organisé de façon à pouvoir proposer différentes prestations éducatives, visant à favoriser et développer :

* **Un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne:** toilettes, habillement, repas, mobilité, hygiène.
* **Un accompagnement pour faciliter la communication et la relation :** groupes de parole et d’expression, documents adaptés et pictorisés, utilisation de la méthode Makaton.
* **Un accompagnement à et vers l’extérieur :** rendez-vous médicaux, démarches administratives, activités individuelles et collectives, etc.
* **Un accompagnement dans la prise de décisions et pour la sécurité :** outils de repérage et d’organisation (plannings collectifs et individuels, timer, etc.), utilisation de balises GPS pour sécuriser les déplacements autonomes, mise en place d’un espace de calme et de retrait.

**7.3 Prestations pour la participation sociale**

L’établissement propose :

* **Un accompagnement à l’exercice des droits :** association de la personne et des représentants légaux à l’élaboration du projet personnalisé, aide à la constitution de dossiers administratifs, respect des convictions religieuses, accompagnement à la citoyenneté.
* **Un accompagnement à la vie domestique :** accompagnement vers le logement ou l’hébergement au CAJ, soutien dans le « prendre soin de ses affaires » et de son environnement, participation aux tâches de la vie collective (ménage, vaisselle, etc.).
* **Un accompagnement vers la vie professionnelle :** réalisation de stages pour les personnes souhaitant accéder à l’emploi.
* **Un accompagnement pour réaliser des activités et des loisirs :** offre d’activités diversifiée, structurée et évolutive (thérapeutiques, éducatives, sportives, ludiques), en partenariat avec les centres sociaux et les bibliothèques, propositions de transferts.
* **Un accompagnement à la vie affective et sexuelle :** groupes de parole sur la vie intime et la sexualité, possibilité de vivre en couple au sein du foyer de vie.
* **Un accompagnement dans le lien avec l’environnement :** association des familles à la vie institutionnelle, organisation et participation à des temps festifs, participation à la vie de quartier, maintien du lien avec les anciennes personnes accueillies.
* **Un accompagnement en matière de ressources :** travail sur la gestion de l’argent, lien avec les représentants légaux, soutien à des démarches de demande de tutelle ou curatelle.

**7.4 Prestations hôtelières**

***Espaces collectifs***

Différents espaces collectifs (salon, salle de restaurant, salles d’activités, terrasses …) sont mis à disposition des personnes accueillies.

Les modalités d’accès aux espaces collectifs sont inscrites dans le règlement de fonctionnement.

***Linge et entretien***

L’établissement se charge de l’entretien des locaux collectifs.

Le linge domestique (draps, couvertures, serviettes de toilette, torchons…) est fourni et entretenu par l’établissement qui fait appel à un prestataire extérieur.

***Restauration***

L’établissement prend en charge :

* + - * Le déjeuner

Le repas peut être servi dans le salon ou en salle de restaurant.

Le service de restauration est adapté aux besoins de la personne accueillie.

Les régimes alimentaires prescrits par ordonnance ainsi que les convictions et aversions sont pris en compte.

La nourriture provenant de l’extérieur est autorisée.

* 1. **Prestations de transport**

L’établissement met à disposition des transports collectifs pour les activités et accompagnements à l’extérieur.

***Activités***

Les activités régulièrement organisées par l’établissement ne donnent pas lieu à facturation.

Les prestations ponctuelles d’animation seront signalées au cas par cas ainsi que les conditions financières de participation, s’il y a lieu (voyages, sorties, …)

**Article 8 – CONDITIONS DE FACTURATION**

Les conditions de facturation sont mentionnées en **annexe 2**.

**Article 9 - CONDITIONS DE RESILIATION**

Le DIPC est lié à la décision d’orientation de la CDAPH.

**9.1 Résiliation volontaire**

La personne accueillie ou son représentant légal peut demander la résiliation du présent document à tout moment, sans motif déterminé, sous réserve d’un délai de prévenance de 1 moisà compter de la réception de la résiliation par la direction de l’établissement, sauf accord exprès de la direction.

La demande doit être notifiée par écrit à la direction de l’établissement par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en main propre contre récépissé. L’établissement en informe la CDAPH.

**9.2 Résiliation à l’initiative de l’établissement**

***Motifs de résiliation***

La résiliation du document individuel de prise en charge par l’établissement ne peut intervenir que dans les cas limitativement énumérés ci-dessous :

* En cas d’inexécution d’une obligation au titre du DIPC ou de manquements graves ou répétés au règlement de fonctionnement de l’établissement ;
* En cas de cessation totale d’activité de l’établissement ;
* En cas d’évolution des besoins de la personne accueillie auxquels l’établissement ne serait plus en mesure de répondre ;
* En cas d’absence prolongée non justifiée ;
* En cas de désaccord entre les parties sur les objectifs de la prise en charge.

***Modalités de résiliation***

**Information**

L’établissement informe par lettre recommandée la personne accueillie et son représentant légal de sa volonté de résilier le document et en précise les motifs.

**Tentative de conciliation en cas de désaccord avec la personne accueillie et/ou son représentant légal :**

Une tentative de conciliation est organisée entre la personne accueillie et/ou son représentant légal et la direction de l’établissement. La personne accueillie et/ou son représentant légal peuvent, à cette occasion, être accompagnés de la personne de leur choix.

**Saisine de la CDAPH :**

La direction saisit la CDAPH et informe la personne accueillie et/ou son représentant légal de cette saisine par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en main propre contre récépissé.

Une réorientation vers une prise en charge plus adaptée est préparée et mise en œuvre, en concertation avec la CDAPH, la personne accueillie et/ou son représentant légal.

La réorientation de la personne accueillie vers un autre type d’établissement ou de prise en charge prononcée par la CDAPH emporte de plein droit la résiliation du présent document.

Néanmoins, si le comportement de la personne accueillie est de nature à créer un danger pour elle-même, pour les autres usagers ou pour le personnel de l’établissement, la direction peut suspendre l’accueil et l’accompagnement à titre conservatoire, dans l’attente de la décision de la CDAPH.

**Article 10 - MODIFICATION DU DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE**

Les changements des termes initiaux du présent document feront l’objet d’avenants ou de modifications établis dans les mêmes conditions d’élaboration que le présent document.

Les parties s’engagent mutuellement, à chaque fois que nécessaire, à réviser le document compte tenu de la modification de la législation, des moyens mis à disposition de l’établissement ou de l’évolution de la situation de la personne accueillie ou de sa famille.

**Article 11 – APPLICATION DU DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE**

Tout litige entre une personne accueillie et l’établissement, lié à l’application du document fait l’objet d’un entretien physique, entre la personne accueillie (ou ses représentants légaux) et la direction. A défaut de ne pouvoir organiser cet entretien, une correspondance par lettre recommandée avec accusé de réception se met en place.

Conformément à l’article L.311-5 CASF, la personne accueillie ou le cas échéant son représentant légal, a la possibilité de se faire assister par une personne qualifiée choisie sur la liste départementale établie par le Préfet du département et le président du Conseil départemental. Cette liste est annexée au présent document (annexe 3), et affichée au sein de l’établissement. La personne accueillie ou le cas échéant son représentant légal, peut faire appel à la médiation orchestrée par le Défenseur des droits, que vous pouvez contacter par courrier gratuit, sans affranchissement, à l’adresse ci-dessous :

Défenseur des droits

Libres réponse 71120

75342 Paris Cedex 07

En cas d’échec de la procédure amiable, la personne accueillie et/ou ses parents (ou représentants légaux) peuvent saisir le Tribunal de Grande Instance du département d’implantation de l’établissement.

**Article 12- DONNEES PERSONNELLES**

En sa qualité de responsable de traitement, l’Association veille à se conformer à la législation relative à la protection des données personnelles (notamment à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu’au règlement européen n°2016-678 du 27/04/2016 de protection des données).

La personne accueillie a été informé(e) que l’obtention, la collecte et l’utilisation des informations par l’établissement la concernant, été rendue nécessaire pour l’exécution de son contrat de séjour et le respect de ses obligations légales et réglementaires par l’établissement et qu’elle ne traitera pas de données à d’autres fins.

L’Association qui confirme qu’elle  prend toutes les précautions utiles afin de préserver la sécurité, la confidentialité, l’intégrité des informations collectées et d’en éviter toute utilisation détournée de ces données, s’engage à ce titre :

* sous  réserve de l’accès aux données à caractère personnel à la demande d’une autorité administrative ou judiciaire compétente, à ne les transférer qu’aux services internes et prestataires ou sous-traitants intervenant dans le cadre du présent contrat, dans la limite des strictes nécessités fonctionnelles ;
* à ne les conserver au-delà de la fin du contrat que pour la durée dite de « prescription » nécessaire à l’exercice ou la défense par l’entreprise de ses droits en justice.

La personne accueillie dispose dans les cas et limites prévus et définis par la réglementation et en s’adressant au Responsable de traitement ou au Délégué à la protection des données (DPO)de :

* la possibilité de faire valoir, ses droits d'accès, de rectification , de suppression et de portabilité portant sur les données le concernant ainsi que du droit de demander la limitation ou de s’opposer au traitement ;
* définir les directives relatives à l’exercice desdits droits après son décès.

En tout état de cause il est rappelé que la personne accueillie ou son représentant légal, peuvent saisir d’une réclamation l’autorité légale en la matière, à savoir la Commission nationale de l’informatique et des libertés (CNIL).

**Article 13- DROIT A L’IMAGE**

Dans le cadre des activités, des photographies et/ou vidéos peuvent être réalisées. Elles sont utilisées à des fins non lucratives et peuvent servir de support aux moyens de communication de l’établissement ou de l’association gestionnaire. **Il convient, dans tous les cas, de compléter l’annexe 4.**

Fait en deux exemplaires, dont un remis à la personne accueillie ou à son représentant légal, à Paris, le …………………………………………………………………

Signature du directeur de l’établissement   Signature de la personne accueillie

ou de son représentant légal (*facultative*)

**ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE DESIGNATION D’UNE PERSONNE DE CONFIANCE AU SENS DE L’ARTICLE L. 311-5-1 DU CASF ET L. 1111-6 DU CSP**

**Je soussigné(e) :**

Madame  Monsieur  Nom/Prénom…..…………………………………………………….

Né(e) le …………………………………………… (jj/mm/aaaa) à …………………………………

Etablissement d’accueil : ……………………………………………………………………………..

Domicilié(e) au sein de l’établissement : Oui  Non

Adresse : ………….…………………………………………………………………………………..

Code Postal :…………………………...............

Ville :………………………………………………………………...

**Désigne :**

Nom/Prénom de la personne de confiance : ……………………………………………... Qualité (parents, proche, médecin traitant): …………………………………………………

Adresse :

Code Postal : Ville :

Adresse mail : Téléphone :

**PARTIE FACULTATIVE**

Par le présent document, j’indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l’article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : Oui **** Non****

J’ai rédigé des directives anticipées (datées de moins de 3 ans) **:** Oui **** Non****

La personne de confiance possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui**** Non****

Mon médecin traitant possède un exemplaire de mes directives anticipées : Oui**** Non****

Nom/Prénom du médecin traitant :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Adresse mail : Téléphone :

Fait à .................................................................................,

le .................................................................................

Signature de la personne accueillie :

Co-signature de la personne de confiance :

**CAS PARTICULIER**

Si vous êtes dans l’impossibilité physique d’écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l’expression de votre volonté.

**Témoin 1 :**

Je soussigné(e) Nom et prénom : ......................................................................................................... Qualité (lien avec la personne) : ................................................................................ atteste que la désignation de : Nom et prénom : ......................................................................................................... Comme personne de confiance en application de l’article L.311-5-1 du code de l’action sociale et des familles est bien l’expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom : ……………..............................................................…

Fait à ...........................................................................,

le ..................................................................................

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :

**PARTIE FACULTATIVE**

Je soussigné(e) Nom et prénom : ......................................................................................................... atteste également que :

Nom et prénom : ......................................................................................................... :

* A également indiqué expressément qu’elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l’article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : Oui  Non 
* Lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n’est plus en état de s’exprimer : Oui  Non 
* Lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées : oui □ non □

Fait à ....................................................................,

le ...........................................................................

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :

**Témoin 2 :**

Je soussigné(e) Nom et prénom : ......................................................................................................... Qualité (lien avec la personne) : ................................................................................ atteste que la désignation de : Nom et prénom : ......................................................................................................... Comme personne de confiance en application de l’article L.311-5-1 du code de l’action sociale et des familles est bien l’expression de la volonté libre et éclairée de : Nom et prénom : .........................................................................................................

Fait à .........................................................................,

le ................................................................................

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :

**PARTIE FACULTATIVE**

Je soussigné(e) Nom et prénom : ......................................................................................................... atteste également que :

Nom et prénom : .........................................................................................................

* A également indiqué expressément qu’elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l’article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : Oui  Non 
* Lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n’est plus en état de s’exprimer : Oui  Non 
* Lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées oui □ non □

Fait à ...........................................................................,

le ..................................................................................

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :

**ANNEXE N°2 : DISPOSITIONS FINANCIERES**

**Financement de la structure**

**Stipulations financières : Financement Conseil Départemental**

Le prix de journée de l’établissement est fixé annuellement par le Conseil Départemental.

Il est communiqué aux personnes accueillies et à leurs représentants légaux dès notification à l’établissement, par affichage dans l’enceinte de celui-ci.

**Conditions particulières de facturation**

* + - * **Absences**

Les modalités d’absence sont définies dans le règlement de fonctionnement.

* + - * **Consultations médicales**

En dehors des soins liés à la pathologie principale qui a justifié son admission dans l’établissement, la personne accueillie règle les consultations médicales et les frais pharmaceutiques et se fait rembourser selon les conditions habituelles de la Sécurité sociale et des mutuelles complémentaires dont elle dispose.

Les frais pharmaceutiques sont systématiquement assumés par la famille et/ou représentants légaux, et remboursés selon les conditions habituelles de la sécurité sociale.

* + - * **Frais de transport**

Les frais de transport pour le retour en famille ou pour sorties, excepté celles organisées par l’établissement, sont également exclus du prix de journée de l’établissement et non remboursables aux familles dans le cadre des prestations légales. Les dispositions réglementaires actuelles permettent de prendre en charge les frais de transport, au titre des prestations légales de la sécurité sociale, que dans la mesure ou les personnes accueillies se déplacent pour recevoir des soins ou subir des examens médicaux.

* + - * **Frais divers**

Une facture sera transmise régulièrement au représentant légal retraçant les différentes dépenses, qui ont fait l’objet d’une avance, à la charge des personnes accueillies (frais médicaux non pris en charge, mutuelle, produits d’hygiène autre que ceux fournis par l’établissement, coiffeur, loisirs, participation à des sorties …). L’engagement de dépenses fera l’objet d’un accord préalable de la personne et/ou son représentant légal.

**ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES QUALIFIEES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** | **Fonction actuelle** |
| Marie-Françoise FUCHS | Présidente association Old’up |
| Daniel GODINOT | Administrateur associations Les Jours Heureux, l’Essor, association Tutélaire de Paris (ATIP) |
| Jean-Christophe LAHLU | Directeur de résidences sociales, association ALJT Paris |
| Christine PATRON | Vice-Présidente de l’association ISATIS |
| Michèle PEYRAUD | Ancienne cheffe de service à la DASES, Département de Paris |

*(Arrêté n°2018-079 du 23 mai 2018)*

Les courriers ou courriels de sollicitation des personnes qualifiées sont à transmettre à la Délégation Départementale de Paris de l’Agence Régionale de Santé d’Ile-de-France aux coordonnées suivantes :

**Adresse postale (envoi en courrier simple) :**

Service Signalements Réclamations

Délégation départementale de Paris

Agence régionale de santé Île-de-France

35 rue de la Gare

75935 PARIS Cedex 19

**Adresse mail :**

[ARS-DD75-PERSONNES-QUALIFIEES@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD75-PERSONNES-QUALIFIEES@ars.sante.fr)

La Délégation Départementale de l’ARS de Paris se chargera de transmettre la demande à l’autorité compétente selon le type d’établissement ou service dans lequel l’usager est pris en charge, au regard du tableau de répartition des compétences figurant en annexe 3 ci-dessous.

**ANNEXE 4 : DROIT A L’IMAGE**

Je soussigné (e) : Nom ……………………………………. Prénom …………………………

Ayant la qualité de

 Personne accueillie

 Représentant légal de M. ou Mme ……………………………………………………………

Adresse ………………………………………………………………………………………….

Code postal ……………………………………………. Ville : …………………………..........

 Autorise

 N’autorise pas

Foyer de vie St Josephreprésenté par …………………………………………..agissant en qualité de ………………………………………….. à :

 Me photographier sans contrepartie financière

 Me filmer sans contrepartie financière.

Cette autorisation est consentie dans les conditions suivantes :

Pour l’utilisation strictement définie ci-dessous :

 Site internet de l’établissement ou de la Société philanthropique

 Plaquette/brochure de l’établissement ou de la Société Philanthropique

 Outil de formation (Powerpoint …)

 Journal interne/animation

 Presse locale

 Reportage télévisé

 Autre : ………………………………………………………………………………………

Cette présente autorisation sera détruite en cas de décès de la personne concernée et peut être révocable à tout moment en le signalant à l’établissement.

Les légendes ou commentaires accompagnant la diffusion des photos et/ou films ne devront pas porter atteinte à la réputation, à la vie privée et à l’intégrité de la personne prise en photo ou filmée.

Cette autorisation ne pourra être utilisée par l’établissement à des fins commerciales.

|  |  |
| --- | --- |
| Signature du directeur d’établissement | Signature de la personne accueillie et/ou de son représentant légal |

Mention « Lu et approuvé »

1. Joindre au présent contrat la copie originale du jugement. [↑](#footnote-ref-1)
2. Joindre au présent contrat l’attestation datée et signée relative à l'information sur la personne de confiance conformément au décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance [↑](#footnote-ref-2)