

AVENANT TARIF DEPENDANCE

Objet de l'avenant

Le présent avenant a pour objet d'informer la personne accueillie (ou son représentant légal) des **conditions de facturation du tarif dépendance**, conformément à l'évaluation du niveau de perte d'autonomie réalisée à l'aide de la **grille AGGIR** applicables à la date de conclusion du contrat

Tarif dépendance

Suite à l'évaluation du niveau de dépendance selon la grille AGGIR, la personne accueillie est classée en **GIR**

À ce titre :

Le **tarif dépendance applicable** correspond au GIR évalué d'un montant de

Le **ticket modérateur dépendance** (équivalent au tarif GIR 5–6) reste **à la charge de la personne accueillie**, conformément à la réglementation en vigueur.

La part éventuelle prise en charge par l'**APA** est déduite selon les droits ouverts et les décisions du Conseil départemental.

Dispositions finales

Les autres clauses du contrat initial demeurent inchangées.

Le présent avenant est établi en deux exemplaires, dont un remis à la personne accueillie ou à son représentant légal.

Fait à, le

Signature de l'établissement

Signature de la personne accueillie ou du représentant légal



Direction et Affaires
générales

Décision n° 2025.11 – TARIFS DE PRESTATION – EPRD 2026

Le Directeur,
VU le Code de la Santé Publique et notamment son article L 6143-7 ;

DECIDE :

D'arrêter les tarifs de prestations pour l'année 2026 de la manière suivante :

- **Location téléviseurs :**
 - Les 30 premiers jours **5.00 €/jour**
 - Au-delà de 30 jours **4.00 €/jour**
- **Repas :**
 - Personnel : **5.00 €**
 - Accompagnant : **11.00 €**
 - Enfants de moins de 12 ans **8.00 €**
- **Repas de fêtes : (repas amélioré)**
 - Adulte : **22.00 €**
 - Enfants de moins de 12 ans **10.00 €**
- **Repas Dimanche/Férié**
 - Adultes : **16.00 €**
 - Enfants de moins de 12 ans : **10.00 €**
- **Prestations téléphone :**
 - Ouverture ligne : **5.00 €**
 - Hospitalisation **23.00 €**
 - Hébergement
 - Abonnement Hébergement (par mois) **10.00 €**
 - Unité téléphonique Hospitalisation (la minute) **0.30 €**
- **Chambre particulière :**
 - Médecine **60.00 €/jour**
 - A compter du 01/01/2026
 - SSR **50.00 €/jour**
 - A compter du 01/01/2026
- **Perte/Casse/Détérioration de badge** **15.00 €**
- **Chambre mortuaire** (3 premiers jours gratuits, facturation à partir du 4^{ème} jour) : **55.00 €/jour**
- **Réexpédition courrier (Hébergement) :** **35.00 €/an**



GAILLAC, le 23/12/2025

Le Directeur,

Alexandre FRITSCH

TARIFICATION HEBERGEMENT ET DEPENDANCE

En Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Unités de Soins de Longue Durée (USLD) du Centre Hospitalier de Gaillac

• Tarifs au 01/01/2026

Structure	Conditions	Prix de journée hébergement 60 ans et +	+ Prix de journée dépendance		
			GIR 5-6	GIR 3-4	GIR 1-2
SAINT ANDRE	Chambre simple	61.46 €	7.73 €	18.21 €	28.70 €
	Chambre double	56.29 €			
	Séjour temporaire	65.34 €			
ST JEAN Les Coquelicots	Chambre simple	69.33 €	7.73 €	18.21 €	28.70 €
	Chambre double	65.16 €			
ST JEAN Saint-Exupéry Les Capucines	Chambre simple	65.17 €	7.73 €	18.21 €	28.70 €
	Chambre double	63.02 €			
ST JEAN Les Hortensias (B3RDC)	Chambre simple	68.32 €	7.73 €	18.21 €	28.70 €
	Chambre double	65.21 €			
USLD Les MYOSOTIS (A1)	Chambre simple	69.97 €	8.57 €	20.20 €	31.84 €
	Chambre double	68.26 €			
STRUCTURE		Prix de journée hébergement - de 60 ans			
EHPAD		87.38 €			
USLD		99.13 €			

Certaines aides peuvent être demandées telles allocation logement, allocation personnalisée d'autonomie, aide sociale à l'hébergement...

ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE EHPAD -USLD

(Articles 2011 à 2043 du Code Civil)

(À établir en deux originaux)

Caution signataire du présent engagement

NOM et Prénom :

Domicile :

Date et signature du contrat de séjour :

A la date de signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de :

Somme en toutes lettres :

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental

Après avoir pris connaissance du Contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations de l'usager/résident qui résultent du Contrat de séjour et des Conditions de séjour-règlement intérieur pour le paiement :

- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général,
- des charges récupérables et réparations éventuelles.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de l'établissement pour la durée du Contrat de séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après en avoir été informée.

La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main (sur les deux originaux) la mention ci-après :

"Je me porte caution solidaire sans bénéfice de discussion ni de division pour les obligations nées au cours de l'exécution du Contrat de séjour et résultant de ce Contrat de séjour et du règlement de fonctionnement dont j'ai reçu un exemplaire .

- Pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil général et révisables unilatéralement sous réserve qu'après en avoir été informé, je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois,

- Pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR de la personne âgée si cette dernière ne peut bénéficier de l'APA

- Pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles.

Mention manuscrite de la caution :

Fait à le,

LA CAUTION

Signature précédée de la mention manuscrite

Le Représentant de l'établissement

Signature précédée de la mention manuscrite

"lu et approuvé pour caution solidaire"

" lu et approuvé, bon pour acceptation"

BRANCHEMENT DU TELEPHONE EN EHPAD-USLD

Je soussigné (e), M.....

Agissant pour le compte de M.....

Demande le branchement de la ligne téléphonique, en EHPAD-USLD

A savoir :

- FRAIS D'OUVERTURE DE LIGNE 23 euros
- FRAIS D'ABONNEMENT MENSUEL 10 euros
- FRAIS DE COMMUNICATIONS

Fait à Gaillac, le

Signature

(Selon les tarifs en vigueur)

Autorisation de droit à l'image (Annexe au contrat de séjour)

L'établissement est amené à utiliser une photo dans le cadre du dossier médical et du dossier de soins avec une diffusion interne et externe dans le respect du secret médical.

De plus, dans le cadre des différentes manifestations et rencontres organisées par l'EHPAD Saint Jean et l'EHPAD Saint André, nos résidents sont souvent amenés à être photographiés. Ces clichés peuvent ensuite être affichés dans le service, voire diffusés en interne ou dans la presse locale. C'est la raison pour laquelle nous sollicitons de votre part une autorisation dans le cadre de votre droit à l'image.

Nom-prénom : **résident (e)**

Né(e) le à

Ou à défaut

Nom - prénom du représentant légal :
Agissant au nom de la personne désignée ci-dessus.

Autorise l'établissement, représenté par Monsieur Olivier MUNSCH, agissant en la qualité de Directeur de site (cocher les cases souhaitées), à :

☐ **Intégrer la photographie du résident dans le dossier médical et de soins** pour la sécurisation de son accompagnement.

☐ **La prise de photographies et vidéos** dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement, dans un but pédagogique, informatif et de divertissement.

La diffusion des photographies / vidéos réalisées pour les usages suivants :

- ☐ Exposition de photographies,
- ☐ Publication dans le journal interne de l'établissement,
- ☐ Sur le site Internet de l'établissement,
- ☐ Diffusion extérieure dans le cadre des articles transmis à la presse locale.

L'apparition du nom et prénom du résident pour les usages suivants :

- ☐ Exposition de photographies,
- ☐ Publication dans le journal interne de l'établissement,
- ☐ Sur le site Internet de l'établissement,
- ☐ Diffusion extérieure dans le cadre des articles transmis à la presse sur la zone géographique suivante : Tarn, Occitanie, France, Europe,
- ☐ Diffusion du nom et prénom à l'arrivée dans la structure et au départ (information pour les usagers et professionnels).

☐ **N'autorise pas** la prise de photographie et l'usage de mon image, ni l'apparition de mon nom et prénom.

Toute autre exploitation ou utilisation de mon image ou de tout autre attribut de ma personnalité devra faire l'objet d'un nouvel accord.

La présente autorisation est délivrée à titre gracieux uniquement au Centre Hospitalier de GAILLAC et est valable pour toute la durée du séjour. Elle peut être modifiée à tout moment sur simple demande auprès des professionnels de l'établissement.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par l'établissement.

Fait à

Le

Nom et Signature manuscrite de l'intéressé

(Il est rappelé que les mentions déterminant l'identification des personnes intéressées et les conditions d'autorisation doivent être obligatoirement remplies).



REEXPEDITION DU COURRIER

Je soussigné(e), M.....

Décide que pour la réexpédition des courriers reçus par

M.....

SERVICE.....

Je retiens la solution :

1. Récupérer de façon régulière le courrier reçu en m'adressant à :

L'accueil St Jean aux heures ouvrables de 8h15-17h15 du lundi au vendredi

2. Demander que le courrier reçu soit réexpédié par les services du Centre Hospitalier à raison d'une fois par semaine contre le paiement d'une somme annuelle forfaitaire de 35 € à l'adresse suivante :

M.....

.....

.....

Tout courrier qui ne sera pas récupéré au-delà de 3 mois sera automatiquement réexpédié pour l'année en cours contre la somme annuelle forfaitaire de frais de réexpédition (choix 2)

Fait à....., le.....

(Signature)

(1) Cocher la mention retenue



Centre Hospitalier de Gaillac

Diffusé le :
14/04/2022

Pagination : 1/1

Dons en mobiliers équipements

N° de version : 1

Référence : ENR-152

Je soussigné(e) Mme – Mle – Mr

Demeurant.....

..... fais don au profit du Centre Hospitalier de GAILLAC
du/des bien(s) ci-dessous référencé(s) :

Description du don	Cadre réservé à l'administration

Fait à GAILLAC, le

Le Donateur,

Le Directeur du Centre Hospitalier,

Merci de préciser :

- Matériel(s) apporté (s) par le donateur dans l'établissement ☐
 - o Préciser le lieu :
- Matériel(s) laissé(s) dans le service de soins ☐
 - o Préciser le service :
- Matériel(s) à récupérer dans la famille ☐
 - o N° tél. pour contact :

Cadre réservé à la direction :

Magasin ☐
Chauffeur ☐
Economat ☐

Date :



La feuille complétée doit être remise au secrétariat de direction.