Convention de soutien psycho-éducatif pour client externe

La présente convention vise à organiser les modalités formelles et fonctionnelles d’une collaboration entre l’institution Unité d’Accueil Psycho éducative et le/la client/e désireux/se de profiter de toutes ou partie des prestations institutionnelles dans le cadre d’un accueil de jour.

Elle s’établit entre :

**L’UAP**, représentée par

**Et**

**Le/la client/e: Et/ou son/sa représentant/e :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| N° postal et lieu : | N° postal et lieu : |
| N° tél | N° tél : |
| Portable : | Portable : |
| Courriel : | Courriel |

**Conditions**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nature du soutien** | **Pilotage** | **Mode de facturation** | | | |
| **TARMED** | **Forfait social** | **Forfait hébergement** | **A la charge du client** |
| Accueil de jour | CAP | x | x |  |  |
| Activités occupationnelles | TOP |  | x |  |  |
| Activité récréatives/sorties | UAP |  | x |  |  |
| Séjours de vacances | UAP |  |  | x |  |
| Ergothérapie | CAP/TOP | x |  |  |  |
| Entretiens infirmiers | CAP/TOP | x |  |  |  |
| Entretiens psychologues | CAP/TOP | x |  |  |  |
| Evaluation Eladeb | UAP | x |  |  |  |
| Gestion médication | UAP | x |  |  |  |
| Restauration (prix repas) | TOP |  |  |  | x |
| Soutien à domicile / Réinsertion | UAP | x | x |  |  |

Forfait hébergement et forfait social : tarifs déterminés par arrêtés n° 663 et n° 671 du DES

**Durée du contrat, mutation et résiliation**

Le présent contrat est conclu pour une durée :

Indéterminée  Déterminée, soit du au.

Il peut être résilié en tout temps par les parties signataires sans préavis.

**Litige**

En cas de mauvais traitements ou de conduites jugées abusives à son égard, le/la client/e peut se plaindre auprès de la direction de l’UAP. Il peut le faire au moyen de la formule adéquate. (Formulaire de réclamation client).

Si, suite à une réclamation, le/la client/e n’est pas satisfait/e de la décision émise par la direction de l’Institution, il/elle peut s’adresser à l’instance de recours, soit la Commission de surveillance des droits des patients, à l’adresse suivante :

**p.a. Service de la santé publique**

**Fbg des Capucins 20**

**2800 Delémont**

**Tèl. 032 420 51 20, fax 032 420 51 21**

A titre d’information, la brochure "L'essentiel sur les droits des patients" est remise au nouvel arrivant à la signature du présent contrat.

**Dispositions finales**

Les dispositions du présent contrat peuvent être modifiées en fonction des prescriptions cantonales ou en application des règles de fonctionnement de l’institution.

Dans tous les cas, toutes les parties seront informées par écrit.

Les parties signataires se déclarent d’accord sur les termes du présent contrat et s’engagent à en respecter toutes les dispositions.

Le/la client /e ou son/sa représentant/e légal/e reconnaît également avoir pris connaissance des documents annexés et en accepte les termes.

Fait à ……………………………………, le …………………………………………..

Le/la client/e ou son/sa représentant/e légale/e Mme/M………………………...

Le directeur de l’UAP Bruno Jannin………………….

Le présent contrat est établi en 2 exemplaires, l’un pour le client ou son représentant légal, le second pour l’institution.