

CONVENTION

La présente convention est signée pour une durée indéterminée.

Entre les soussignés, dénommés ci-dessous:

- le client :

M.	Téléphone :
Demeurant :	
Code postal :	Commune :

Date de Naissance de la Personne livrée :

Dépendance :

Etes-vous apte à réceptionner le plateau directement ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Etes-vous apte à vous déplacer ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Pouvez-vous ouvrir les barquettes filmées ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

- la personne référente :

M.	Téléphone :
----	-------------

- le débiteur (si différent du client) :

M.	Téléphone :
Demeurant :	
Code postal :	Commune :

- L'EHPAD de Ligny en Barrois représenté par : Mr Daniel SAINTE-CROIX,
Directeur

Objet : Livraison de repas confectionnés par le service de restauration de l'EHPAD.

Début de la prestation :

Il est convenu de porter un repas les jours suivants : (cocher la case)

LUNDI	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>
MARDI	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>
MERCREDI	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>
JEUDI	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>
SAMEDI	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>
DIMANCHE	<input type="checkbox"/>	Midi	<input type="checkbox"/>	Soir	<input type="checkbox"/>

Article 1 : le repas froid est livré entre 08h30 et 12h00 dans un conditionnement isotherme, et assuré 7 jours sur 7. Compte tenu des aléas, consécutifs aux conditions climatiques et/ou au circuit de portage défini, les jours et horaires de distribution pourrait être modifié de façon exceptionnelle.

Les repas des dimanches et jours fériés seront livrés la veille. En cas de week-end prolongé, les repas seront livrés le samedi pour les dimanches et les lundis fériés.

Pour décommander un repas, veuillez informer le service au moins la veille de la livraison, sauf en cas d'hospitalisation subite, imprévue ou cas de force majeure.

En cas d'hospitalisation prolongée, merci de bien vouloir informer le service du portage de repas de votre reprise ou non tous les mois afin de maintenir la prestation. Sans nouvelle de la part du client pendant une période prolongée de plus 1 mois, l'EHPAD se réserve le droit de mettre fin au contrat de portage de repas.

Article 2 : Le repas est composé de : **un Potage, une Entrée, un plat de résistance, un Fromage, un Fruit ou dessert** (une portion de pain étant à disposition).

Article 3 : Les repas livrés doivent impérativement être maintenus au froid, dans un réfrigérateur en bon état de marche, avant leur consommation par le client. L'EHPAD quant à elle, respecte par la mise en place de procédés préservant la chaîne du froid, afin de garantir la qualité des produits livrés. **Chaque barquette dispose d'une date de péremption que vous devez respecter pour votre sécurité.**

En cas d'absence momentanée ou imprévue, le client devra mettre à disposition du porteur de repas un sac isotherme muni de pains de glace. Dans le cas où cet équipement ne serait pas mis en place, le porteur de repas de l'EHPAD rapporterait celui-ci à l'établissement, le client se chargerait par ses propres moyens de venir le chercher à la cuisine de l'EHPAD dans la journée, le cas échéant le repas restera dû aux clients.

Il est demandé au client de veiller à ne pas consommer les aliments au-delà de la date limite de consommation qui est indiquée sur la barquette.

Article 4 : le plateau repas est facturé : **9.50 €.**

Une facture mensuelle est adressée à terme échu, elle est à régler dans les plus brefs délais à l'ordre du TRESOR PUBLIC pour les chèques. Le client qui ne s'acquittera pas des sommes dues dans le mois suivant se verra envoyer un titre de recette. De plus, passé 3 mois d'impayé, l'EHPAD se réserve le droit d'exclure le client du service de portage de repas.

Vous pouvez dans le cadre de l'**Aide Personnalisée à l'Autonomie**, demander une aide à la *Direction de la Solidarité Service Dépendance Handicap Santé, Place Pierre-François Gossin BP 514 - 55012 BAR-LE-DUC* ou si vous êtes une personne handicapée, à la *Maison Départementale des Personnes Handicapées, 5 Espace Theuriet - 55000 BAR LE DUC.*

Article 5 : La présente convention vaut de règlement intérieur, elle est considérée acceptée dès la signature.

Article 6 : la résiliation de la présente convention peut intervenir :

- à la demande du client au plus tard la veille de la date souhaitée.
- au décès du client
- sur décision de l'EHPAD pour les motifs désignés dans l'article 1 et 4.

Article 7 : Toute modification de cette convention donnera lieu à l'établissement d'un avenant.

A Ligny en Barrois, le ,

Le bénéficiaire
M.

Le Directeur,
D. SAINTE-CROIX.

M.
Le débiteur
(si différent du client)

ANNEXE N°1
à la CONVENTION DE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

Je soussigné, M. _____, (bénéficiaire du Service de Portage de Repas à Domicile ou son référent), adresse de livraison :

.....
_____, autorise le personnel du Service de Portage de Repas à disposer d'une clé pour effectuer la livraison des repas à son domicile ? (Merci de bien vouloir cocher la case de votre choix.)

OUI

NON

Nombre de clé mis à disposition :

Si vous êtes d'accord, veuillez apposer votre signature ci-dessous, et indiquer le nom de la personne à qui vous avez remis la clé.

Nom et Prénom de la Personne
Du Service Portage de Repas, qui
a réceptionné la clé,

Nom et prénom de la Personne
qui a donné la clé de son domicile

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Signature de l'Agent,

Signature du Bénéficiaire,

LIGNY EN BARROIS, le

✂

RESTITUTION

Je soussigné(e) Monsieur, Madame _____ en qualité de
bénéficiaire ou référent du Portage de Repas à domicile (rayer la mention inutile),
demeurant.....

Certifie la restitution des clés du logement de :

Mr / Mme Détenues par le Service de Portage de repas
de l'EHPAD de LIGNY EN BARROIS.

Fait à

le

Signature de l'Agent,

Signature du Bénéficiaire,

NOM :

Prénom :