



HOSPICE DE HAMM

2, rue Englebert Neveu • L-2224 Luxembourg
Tél: 43 60 86-1 • Fax: 43 60 86-2094

HOSPICE DE PFAFFENTHAL

71, rue Mohrfels • L-2158 Luxembourg
Tél: 47 76 76-6 • Fax: 47 76 76-4202

E-mail: secretariat@hcvl.lu
www.hcvl.lu

CONTRAT D'HÉBERGEMENT

PersonenNr

shiAdrEmpf5

CONTRAT D'HÉBERGEMENT

Entre les soussigné(e)s :

L'shiAbsFenster

représenté par Madame **Patricia HELBACH**, directeur
dénommé ci-après le « prestataire »

et

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

né(e) le Geburtsdatum à GeburtsOrt

domicilié(e) à ●

dénommé(e) ci-après le « résident »

agissant en son nom propre

représenté(e) par :

Titre : Madame/Monsieur

Nom :

Nom de jeune fille :

Lien :

domicilié(e) à :

a été conclu le **contrat d'hébergement** suivant :



OBJET DU CONTRAT

Art.1 Hébergement

Le prestataire met à la disposition du résident la chambre individuelle **Wohneinheit** située au **étage Etage** à l'unité de vie : **BereichzuWohneinheit**

1.1 Équipement

La chambre individuelle est équipée d'un hall avec armoire murale avec frigo intégré, d'une salle de bain comportant lavabo, douche, WC, mains-courantes, eau chaude et froide, d'un raccordement téléphonique, d'un raccordement à l'antenne collective, d'installations électriques (prise multimédia avec accès internet sur demande) et de chauffage.

1.2 Mobilier

Avec l'accord de la direction, le résident peut compléter l'équipement de la chambre par des objets personnels (petit meuble, objets de décoration).

Le mobilier de base mis à disposition par l'Hospice se compose :

- d'un lit à commande électrique
- d'une table de nuit
- d'une table
- d'une chaise
- d'un fauteuil
- d'une armoire murale
- de rideaux et/ou stores de soleil

Cet équipement standard ne peut en aucun cas être enlevé de la chambre.

1.3 Occupation et transfert de logement

Aucune garantie ne pourra être donnée au résident d'occuper la même chambre durant toute la période de son séjour. L'établissement se réserve le droit de transférer le résident dans une autre chambre pour des raisons médicales (évolution de l'état de santé) ou pour des raisons d'organisation et de fonctionnement interne.

Les décisions de transfert sont prises par la direction sur avis d'un comité interdisciplinaire et sont communiquées par le responsable soins au résident et/ou ses proches. Tout changement de chambre donne lieu à un avenant au contrat d'hébergement et une adaptation de prix peut avoir lieu conformément à l'article 4.

1.4 Réfection de la chambre

Avant l'arrivée du résident la chambre est remise en état par l'établissement et un état des lieux (à signer par les deux parties) est réalisé le jour de l'admission.

Aucune transformation ne doit y être apportée sans l'accord de la direction.



En cas de détérioration de la chambre (meubles, équipement sanitaire, etc.) causée volontairement par le résident, les réparations sont à charge de celui-ci.

Art.2 Prestations de services

Dans le cadre de l'accueil gérontologique sont incluses dans le présent contrat, les prestations suivantes offertes au sein de l'établissement :

- la présence de personnel qualifié 24h/24 joignable par système d'appel
- les trois repas quotidiens
- le nettoyage et l'entretien technique de la chambre du résident et des infrastructures communes
- la mise à disposition et l'entretien du linge plat
- la mise en place et l'entretien de séjours agréables, confortables et adaptés dans les différentes unités de vie
- la cafétéria fonctionnant 7 jours sur 7
- la mise à disposition d'un salon de coiffure
- l'accès au parc et aux alentours
- l'encadrement gérontologique multidisciplinaire
- la possibilité de participer à un programme socioculturel
- l'accueil et le suivi régulier offert par un assistant social
- la possibilité d'assister à un office religieux et l'encadrement spirituel

Les prestations d'aides et de soins accordées par la Caisse Nationale de Santé (CNS) dans le cadre de l'assurance dépendance font partie d'un contrat signé à part.

Art.3 Entretien du linge

L'entretien du linge plat mis à disposition par l'établissement est compris dans le prix de séjour. L'entretien du linge privé est assuré soit par la famille ou les proches, soit par une firme de nettoyage extérieure.

Art.4 Prix d'hébergement

Le prix d'hébergement ainsi que les prix des prestations supplémentaires ne pourront être adaptés par la commission administrative qu'une fois par année civile (sans préjudice de l'adaptation à l'indice des prix à la consommation). Toute modification du prix d'hébergement sera notifiée au résident avec un préavis de trois mois.

Le prix d'hébergement journalier pour la chambre **No Wohneinheit** est de :

<input type="checkbox"/>	HCPA-A	Chambre 16 - 23 m ²	98,23 €
<input type="checkbox"/>	HCPA-B	Chambre 24 - 30 m ²	99,58 €
<input type="checkbox"/>	HCPA-C	Chambre > 30 m ² , restrictions	101,01 €
<input type="checkbox"/>	HCH-D	Chambre < 30 m ²	108,14 €
<input type="checkbox"/>	HCH/HCPA-E	Chambre > 30 m ² ou < 30 m ² avec balcon	118,16 €



Les prestations suivantes ne sont pas incluses dans le prix d'hébergement :

- les frais pour médicaments et produits pharmaceutiques non pris en charge par la Caisse Nationale de Santé (CNS)
- les mémoires d'honoraires de médecins (à payer directement au médecin)
- les frais de produits d'incontinence en cas de refus de prise en charge par l'assurance dépendance
- l'antenne collective
- le forfait téléphone
- les boissons livrées en chambre
- les frais de cafétéria
- les frais de pédicure
- les frais de coiffeur
- les frais de nettoyage du linge privé
- les achats en kiosque

Le résident peut recevoir une clé contre paiement d'une caution de **€ 50,-** (remboursable après remise de la clé).

Le résident peut recevoir une montre alarme / un quittanceur contre le paiement d'une caution de **€ 250,-** (remboursable après remise).

Le résident ou son représentant légal s'engage à verser une caution de **€ 3.640,-** (tarif indexé, indice 944,43 du 01.09.2023) sur notre compte BCEE IBAN LU38 0019 1001 0333 9000 (titulaire : Hospices Civils de la Ville de Luxembourg) avant l'admission effective. La caution est remboursable à la fin du séjour du résident après déduction des frais occasionnés (des frais d'hébergement et frais accessoires tels que boissons, kiosque etc., frais médicaux, frais de pharmacie, frais de réfection du linge, frais de pédicure et coiffeur, etc.), et sera restituée au successeur légal du résident ou à l'Office social / autre organisme ayant avancé la caution.

Un forfait non remboursable pour réfection de la chambre de **€ 672,-** (tarif indexé, indice 944,43 du 01.09.2023) sera mis en compte sur la première facture d'hébergement.

Le résident peut amener son matelas privé. Le cas échéant, un nouveau matelas est mis à disposition à l'admission et facturé au prix fournisseur en vigueur (cf. liste des prix). Ce matelas fait partie des biens privés du résident et devra être enlevé après le départ du résident.

Le prix d'hébergement est payable post-numerando dès réception d'une facture vers le 15^{ème} de chaque mois par virement pour les résidents qui n'ont pas signé une cession de rente (dans le cadre des démarches pour le **Fonds National de Solidarité**). Cependant, nous recommandons à chaque résident de signer une domiciliation bancaire par laquelle il autorise le prestataire à encaisser périodiquement le montant de sa facture par le débit de son compte bancaire. Le résident s'engage à maintenir une couverture suffisante sur le compte afin de garantir le paiement de toutes les factures émises par le prestataire.

Le responsable de la gestion financière du résident est :

Nom / Prénom : ●
Lien : ●
Adresse : ●



Art.5.1 Réductions de prix

Une réduction de 10% sur le prix d'hébergement journalier est accordée à partir du 2^e jour d'absence dans les cas suivants :

- Hospitalisations
- Vacances
- Occupation (non libération) de la chambre après le décès du résident

Art.5.2 Période de réservation de la chambre

Si la date d'entrée effective du résident à l'établissement est postérieure à la date de début de contrat (article 9.1), l'établissement pourra facturer le loyer défini à l'article 4 diminué de la réduction définie à l'article 5.1.

La période de réservation est limitée à cinq jours calendriers.

Le présent article s'applique également lorsque l'état de santé du résident nécessite un report de la date d'entrée effective.

Art.6 Fonds National de Solidarité

Parallèlement au résident et au représentant légal du résident, le prestataire possède un mandat lui permettant d'introduire une demande d'aide financière auprès du Fonds National de Solidarité, s'il le juge opportun après avoir examiné les données concernant la situation financière du résident portées à sa connaissance.

Le prestataire tiendra la famille ou le représentant légal du résident au courant des démarches entreprises ou prévues.

Le résident, la famille ou le représentant légal du résident, tiendra le prestataire au courant de tout changement de la situation financière du résident, si une demande a été introduite auprès du FNS ou si la situation financière nécessite l'introduction d'une demande.

Le prestataire est responsable pour les démarches administratives auprès des organismes évoqués ci-dessus, mais ne peut être fait responsable ni du déroulement ni du résultat de l'enquête.

L'établissement se réserve le droit de procéder à une cession sur la rente du résident si une demande pour obtenir le complément de l'accueil gérontologique a été introduite auprès du FNS.

Art.7 Assurance Dépendance

En signant le présent contrat, le résident s'engage à faire une demande de prise en charge financière des aides et de soins requis par l'Assurance Dépendance. Les conditions d'exécution du plan d'aides et de soins sont déterminées dans le contrat d'aide et de soins annexé. Le contrat d'aide et de soins conclu par le résident, reconnu alors comme personne dépendante, fait partie



intégrante du présent contrat d'hébergement et leurs dispositions respectives forment un ensemble unique et indivisible.

Art.8 Matériel médical

Les Hospices Civils sont autorisés à réceptionner tout matériel ou appareil à titre nominatif (appareil d'oxygène, chaise roulante, pompe nutritionnelle etc.) pour le résident et de signer les bons de livraison y afférents.

Art.9 Caractéristiques du contrat

Le présent contrat n'est pas soumis à la loi du 14.02.1955 portant sur le bail à loyer. Il s'agit d'un contrat d'hébergement défini à l'article 10 de la loi du 8 septembre 1998, dite loi ASFT. A ce titre, le résident reconnaît expressément que les droits accordés par le présent contrat n'entraînent pas les droits conventionnels et légaux de locataire.

Le contrat est conclu à titre individuel. L'utilisateur a pris connaissance des lieux et de l'état de sa chambre avec l'obligation de respecter ce lieu et de le rendre à la fin du contrat dans l'état tel qu'il l'a reçu.

Art.10 Durée du contrat

10.1. Début du contrat

Le présent contrat commence à courir à partir du ●

Il est conclu pour une durée indéterminée.

10.2. Fin du contrat

10.2.1. Résiliation du contrat

Il peut être mis fin au contrat définitif, soit :

- d'un commun accord entre les parties
- par le prestataire, avec un préavis de trois mois, à compter du dernier jour du mois de la notification de résiliation par courrier recommandé : dans l'hypothèse où le résident n'accepterait pas une modification du prix d'hébergement et/ou des suppléments décidée par la commission administrative, ou si le résident ne paie pas, malgré plusieurs rappels écrits, ou s'il manque gravement et de façon répétée aux obligations contractuelles ou à des dispositions d'ordre interne
- par le résident, avec un préavis d'un mois, à compter du dernier jour du mois de la notification de résiliation par lettre recommandée ; le jour de l'expiration du préavis, le résident doit avoir vidé sa chambre
- par le prestataire, avec un préavis d'un mois, notifié par lettre recommandée en cas d'incident grave provoqué par le résident ou en cas d'absence prolongée du résident pour une durée continue de 30 jours ou plus, dès lors qu'aucune autorisation écrite de la Direction n'a été préalablement accordée au résident pour une telle absence.



10.2.2. Suspension du contrat

- Le contrat est de plein droit suspendu lorsque le résident est admis en séjour à l'hôpital ou dans une institution prise en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance contre les accidents.

Les effets de la suspension commencent le jour suivant l'admission du résident à l'hôpital ou dans l'une des institutions sus-visées. Les effets de la suspension cessent le jour de la réintégration du résident au sein de l'établissement.

- Avec l'accord écrit de la Direction, le contrat peut également être suspendu en cas d'absence temporaire du résident pour des raisons personnelles, période pendant laquelle il renonce temporairement aux aides et soins. La suspension prendra alors effet conformément à la décision de la Direction, pour la période visée.

Dans ces deux hypothèses, l'établissement assurera la libération de la chambre du résident au début de la période de suspension et garantit la mise à disposition d'une chambre individuelle au résident au terme de la période de suspension. Cependant, et conformément à l'article 1.3. du présent contrat, aucune garantie ne peut être donnée au résident qu'il pourra occuper la même chambre avant et après la période de suspension. L'établissement assurera à ses frais le transfert des affaires du résident dans la nouvelle chambre au moment de sa réintégration.

10.2.3. Décès du résident

Le contrat prend automatiquement fin avec le décès du résident.

Dans ce cas, le prestataire remet valablement les biens ayant appartenu au résident au successeur légal.

La chambre sera facturée à 90% jusqu'à la date du déménagement de la chambre et la remise de la clé.

10.2.4. Déménagement

La chambre doit être libérée dans les trois jours calendrier suivant le décès du résident. Ce délai dépassé, la chambre sera libérée aux frais du successeur légal: les frais de déménagement s'élevant à € 220,- et, le cas échéant, les frais de liquidation des biens privés.

Les biens privés ne peuvent pas être légués ou vendus aux Hospices Civils ou à un membre du personnel des Hospices Civils.

Art.11 Responsabilités

Le prestataire a conclu pour tous les résidents une assurance « responsabilité civile » qui couvre les risques à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

Le prestataire recommande au résident de ne pas garder dans sa chambre, ni argent liquide et/ou cartes de crédit, ni objets de valeur (bijoux, tableaux etc. ...).



Le prestataire décline toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de détérioration des objets de valeur. Dans ces cas, le prestataire recommande au résident de faire une déclaration de vol auprès des instances officielles.

Art.12 Règlement de vie interne

Le résident certifie avoir reçu un exemplaire du règlement de vie interne en vigueur qui fait partie intégrante du présent contrat, comprendre ces dispositions et les respecter. Il s'engage à respecter toute modification y apportée ultérieurement par le prestataire qui lui sera notifiée avant sa mise en vigueur.

Art.13 Divers

- a) Toute modification ou complément du présent contrat doit faire l'objet d'un avenant signé en bonne et en due forme par les deux parties.
- b) Le présent contrat est également susceptible d'être complété par des annexes à des fins informatives ou déclaratives. Ces annexes feront partie intégrante du contrat.
- c) Le non-fonctionnement d'un élément particulier n'accorde au résident aucun droit de différer ou de refuser le paiement de la facture mensuelle ; il n'affecte pas la validité du présent contrat.
- d) Le résident devra élire son domicile à l'adresse de l'Hospice de Hamm. Cette disposition ne sera pas d'application pour le résident dont le conjoint continue à habiter le foyer conjugal.
- e) Les relations entre parties sont régies par le droit luxembourgeois. En cas de conflit entre le résident et le prestataire, le litige sera soumis à la commission administrative qui tentera de concilier les parties. Le cas échéant, les contestations seront soumises aux tribunaux de l'arrondissement de et à Luxembourg.

Le résident déclare, par la présente, avoir pris connaissance du contrat d'hébergement, du règlement de vie interne et du projet d'établissement.

Le résident déclare également avoir eu communication de l'annexe « utilisation des données personnelles des résidents » et en avoir compris et accepté le contenu.

Fait en double exemplaire à Luxembourg, le 28/08/2024

Signatures :

résident / représentant légal /
mandataire / personne de
confiance

prestataire



ANNEXE 1 – UTILISATION DES DONNÉES PERSONNELLES DES RÉSIDENTS

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

Unité de vie : **BereichzuWohneinheit**

N° de chambre : **Wohneinheit**

Date d'admission : **Einzug**

Nous vous informons que, tant dans le cadre des prestations qui vous sont fournies en exécution du contrat d'hébergement que dans le traitement des soins médicaux et ceux accessoires à ces derniers, les HCVL sont amenés notamment, à collecter, saisir, stocker, traiter et communiquer des données personnelles vous concernant et/ou celles de votre personne de confiance et/ou celles de votre représentant légal.

Une gestion systématique de ces données est une condition préalable et indispensable pour assurer des traitements, soins et prestations d'hébergement efficaces et de qualité selon la réglementation en vigueur.

Les HCVL, en tant que responsable du traitement, s'engagent à ce que l'ensemble des opérations ainsi réalisées, respectent strictement les obligations légales applicables en la matière, notamment par un souci permanent de protection de votre vie privée, en conformité avec les dispositions légales relatives à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Toutes les informations médicales sont en outre protégées par le secret professionnel auquel sont liés tous les médecins et collaborateurs intervenants au sein des HCVL.

Un soin tout particulier est ainsi apporté à la garantie de confidentialité du traitement de ces informations, ainsi qu'à une gestion stricte des droits d'accès à ces données.

Durant votre séjour dans un de nos établissements, il sera nécessaire, notamment, que les personnes suivantes aient accès à vos données :

- vos médecins traitants ;
- le personnel soignant concerné ;
- selon besoin, toute autre personne qualifiée et utile pour le diagnostic, le traitement et les soins ;
- le personnel technique et administratif en charge de la gestion des données.

Nous vous informons également, que dans un souci d'efficacité, tout ou partie des opérations appliquées aux données et la maintenance des systèmes informatiques nécessaires à leur traitement sont susceptibles d'être confiés à un prestataire extérieur tiers.

Dans ce cas, les HCVL s'assureront que ce prestataire s'engage à se conformer de la manière la plus stricte à l'ensemble des obligations mentionnées ci-dessus et plus généralement aux obligations réglementaires applicables.



Les HCVL vous informent que vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant.

En outre et excepté le cas où le traitement de vos données personnelles présente un caractère obligatoire, vous disposez d'un droit d'effacement des données vous concernant, vous pouvez vous opposer au traitement de vos données à caractère personnel et/ ou limiter le traitement de vos données personnelles.

Finalement, vous pouvez faire valoir votre droit à la portabilité de vos données personnelles.

Les HCVL prennent toutes les mesures raisonnablement possibles afin de protéger vos données à caractère personnel.

Vos données personnelles sont conservées pour la durée nécessaire à la réalisation de la finalité du traitement et sont archivées selon la législation luxembourgeoise en matière de conservation des documents.

Si vous souhaitez exercer vos droits et obtenir communication des informations qui vous concernent, vous pouvez adresser une demande écrite à la Direction des Hospices Civils de la Ville de Luxembourg, 2 rue Englebert Neveu, L-2224 Luxembourg.

Nous vous informons que votre consentement pour l'utilisation de vos données personnelles s'annule automatiquement à la fin de votre contrat en vertu de l'article 9.2 du contrat d'hébergement. Dans ce cas, les HCVL s'assureront que ce prestataire s'engage à se conformer de la manière la plus stricte à l'ensemble des obligations mentionnées ci-dessus et plus généralement aux obligations réglementaires applicables.

Luxembourg, le 28/08/2024

J'ai pris connaissance de cette information et je déclare la comprendre et l'accepter.

Le/la soussigné(e)/la personne de confiance/le représentant légal

Signature : _____



Bienvenue

La direction et l'ensemble du personnel vous souhaitent la bienvenue à l'Hospice, votre nouveau lieu de vie et mettent tout en œuvre pour vous soutenir de façon adaptée au quotidien. Dans le respect de vos besoins individuels, nous nous efforçons de rendre votre vie le plus agréable possible afin que vous vous sentiez chez vous.

Nous vous prions de bien vouloir consulter le livret d'accueil ci-joint afin de disposer de toutes les informations concernant la panoplie de l'offre de services ainsi que le fonctionnement interne des services.

Le présent règlement de vie interne fixe les lignes directrices à respecter par les résidents, le personnel et les visiteurs afin de garantir la sécurité et le bien-être de tous les résidents au sein de la communauté de vie ainsi qu'une prise en charge globale adaptée et de qualité.

I. Généralités

1. Le résident est libre dans ses choix et peut sortir à tout moment de la journée. Néanmoins, le résident ou son proche sont invités à informer le personnel soignant de son absence afin d'éviter des malentendus et des fausses alertes (p.ex. avis de recherche auprès de la police).

2. Les visites sont possibles tout au long de la journée, mais afin de garantir le respect du rythme de vie du résident et le bon déroulement de la prise en charge multidisciplinaire, les heures de visite sont recommandées entre 10h30-12h00 et 13h30-19h30.

Néanmoins, dans les situations particulières comme l'accompagnement en fin de vie, les hospitalisations ou les situations de détresse, les visites sont possibles à tout moment.

3. Il est interdit de fumer/ vapoter au sein de l'établissement (unités de vie, couloirs, ascenseurs etc.). Un fumoir est à disposition des résidents au rez-de-chaussée à l'Hospice de Hamm et au ST à l'Hospice de Pfaffenthal.

4. Les animaux domestiques ne peuvent pas être gardés dans les chambres. Néanmoins, les visites d'animaux de compagnie, qui sont tenus en laisse, sont bienvenues dans la mesure où ils n'incommodent pas les autres résidents.

En aucun cas, les animaux ne peuvent circuler librement dans les couloirs ou dans les parties communes et ils ne sont pas autorisés dans les salles de restaurant ou dans les salles à manger.

5. Toute forme de surveillance audiovisuelle ou vidéo est interdite. Le non-respect de cette règle engendre automatiquement la fin du contrat d'hébergement et une déclaration au Commissariat de Police.

6. Il est strictement interdit de porter ou d'être en possession de toute sorte d'armes et/ou de munitions aussi bien au sein de l'établissement que sur l'ensemble du site des Hospices Civils.

7. Il est interdit d'être en possession de drogues, d'apporter des drogues ou de consommer des drogues au sein de l'établissement des Hospices Civils.

8. Les visiteurs sont tenus de respecter le calme et la sérénité des résidents. Leur comportement et leur communication visent à préserver des relations courtoises avec les autres résidents, les



autres visiteurs et le personnel. Le respect mutuel est de guise. Les visiteurs s'engagent aussi à respecter l'intimité de tous les résidents en ne divulguant aucune information/ photo ni sur la vie des résidents en communauté de vie, ni sur le personnel dans les médias sociaux.

II. L'hébergement

1. Notre établissement met à disposition des résidents des chambres équipées de mobilier de qualité que nous demandons de respecter. Aucun changement ou modification ne peuvent être faits au logement. Tous les travaux d'embellissement, de décoration (accrochage de tableaux etc. nécessitant e.a. des percements du mur) sont réalisés exclusivement par le service technique selon les disponibilités de ce dernier. Tout dommage ou toute détérioration devra être signalé au responsable d'unité de vie. En cas de détérioration causée volontairement par le résident, les frais de réparation sont à charge de celui-ci.

2. Nous déconseillons de garder de l'argent liquide, des bijoux ou des objets de valeur dans la chambre. Toutefois, il est possible de faire un dépôt, dans la mesure du possible, dans un coffre-fort de l'institution. L'établissement décline toute responsabilité en cas de perte, d'usure ou de vol d'objets personnels de résidents. Au départ du résident, ses proches se chargeront de récupérer les objets personnels dans les délais indiqués dans le contrat d'hébergement.

3. Le résident peut disposer de certains appareils électriques (télévision, lampadaire etc.) répondant à nos normes de sécurité en vigueur. Le personnel du service technique pourra faire retirer des appareils qui ne correspondent pas à ces normes. Il y a cependant interdiction d'installer tout type de plaque chauffante, tapis chauffant etc.

4. Toutes les chambres sont dotées d'une télévision.

5. Toutes les chambres disposent d'un raccord téléphonique. Un téléphone peut être installé sur demande.

6. La sécurité de tous passe par un effort de chacun pour éviter tout ce qui pourrait provoquer un incendie ou un accident. C'est pourquoi **il est strictement interdit de fumer dans les chambres et dans les couloirs des différentes unités de vie ainsi que d'allumer des bougies et tout autre élément pouvant s'enflammer**. Un fumoir est à disposition des résidents au rez-de-chaussée à l'Hospice de Hamm et au ST à l'Hospice de Pfaffenthal.

III. Les prix d'hébergement

Le prix d'hébergement est fixé par la Commission Administrative des Hospices Civils de la Ville de Luxembourg et varie en fonction de la surface ou du type de la chambre (cf. Art. 4 du contrat d'hébergement). Il est soumis à l'indice des prix à la consommation.



IV. Les prestations médicales

L'Hospice propose plusieurs médecins agréés qui assurent pour leurs patients une disponibilité médicale 24 h sur 24 et qui présentent une visite médicale hebdomadaire. Le résident peut, le cas échéant, recourir à son médecin traitant avec lequel il devra régler la question de la disponibilité 24h/24.

Il est recommandé aux familles de ne pas intervenir dans les traitements médicaux en apportant de leur propre initiative des médicaments à leur parent.

Les médicaments sont délivrés aux résidents par une pharmacie sur ordonnance médicale individuelle. Le tiers-payant (partie non prise en charge par la caisse nationale de santé CNS) sera décompté sur la facture mensuelle.

V. Les repas

1. Le repas est un moment important de la vie quotidienne de nos résidents. Un soin particulier est apporté à la qualité des produits, à la confection des repas et à la variété des menus.

2. Trois repas sont servis par jour et des collations supplémentaires sont proposées au besoin. Sur avis du médecin traitant, des repas diététiques ou de consistance adaptée sont servis. Il est interdit d'apporter des boissons alcoolisées à la salle de restauration.

3. Les horaires du restaurant se présentent comme suit :

Hospice de Hamm : de 11h45 à 13h15 et de 18h00 à 19h00

Hospice de Pfaffenthal : de 11h45 à 13h15 et de 17h30 à 19h00

4. Le résident peut accueillir des invités au restaurant. Les inscriptions et les réservations se font 2 jours à l'avance à la réception. Les repas sont directement facturés au(x) visiteur(s) et réglés à la réception ou bien, avec l'accord du résident, ils peuvent être rajoutés à la facture mensuelle du résident.

5. Des repas de famille (anniversaires etc.) peuvent en principe être réalisés en accord avec le chef de cuisine. La composition du repas et les prix sont fixés à l'avance et de commun accord.

6. Une cafétéria est à la disposition des résidents et de leurs proches pendant les horaires d'ouverture suivants :

Hospice de Hamm : de 14h15 à 17h45

Hospice de Pfaffenthal : de 14h00 à 17h30

VI. Relations avec le personnel

1. Dans les Hospices Civils, du personnel soignant qualifié est à disposition des résidents 24h/24.

2. Chaque membre du personnel a des tâches bien précises et doit respecter les consignes d'amabilité et de serviabilité envers les résidents. Toutefois, le résident est prié de ne pas demander au personnel des tâches qui sortent du cadre normal.



3. Afin d'éviter tout malentendu et de ne pas nuire au bon esprit d'équipe, il est interdit au personnel d'accepter des pourboires à titre individuel.

4. Pour des raisons éthiques, toute relation financière privée, directe ou indirecte du personnel avec un résident est strictement interdite. Il est de même formellement interdit au personnel d'accepter des objets personnels de résidents (mobilier, vêtements, tableaux, etc.). Des infractions au présent article sont considérées comme faute grave du salarié et seront sanctionnées comme telle.

5. Afin de garantir un climat serein et positif, il est demandé au résident de respecter les règles de politesse envers le personnel. Toute forme d'agressivité (verbale et/ou physique) fera l'objet d'un entretien avec la direction et pourra, le cas échéant, aboutir à une résiliation du contrat d'hébergement.

VII. La vie en communauté et les relations avec les autres résidents

1. Chaque résident, indépendamment de son statut social, de sa race et de ses convictions politiques ou religieuses a droit au respect. Chaque résident est prié de contribuer à un climat convivial envers les autres résidents et adopte un comportement adapté tout au long du séjour.

2. Afin de garantir une ambiance agréable, il est demandé au résident et aux visiteurs d'éviter tout vacarme aux heures de sieste (entre 13h00 et 15h00) et aux heures de sommeil (entre 22h00 et 07h00).

L'utilisation d'instruments de musique, de radio, de télévision ou de tout genre d'équipement sonore se fait de façon à ne pas incommoder les autres résidents.

3. Le résident s'engage à porter une tenue de ville dans les parties communes et dans les salles de restaurant.

VIII. Linge personnel du résident

1. Le résident a le choix de faire laver son linge par un prestataire sous-traitant des Hospices (cf. liste des prix) ou par sa famille. Dans les deux cas, nous demandons au nouveau résident d'apporter une quantité suffisante de vêtements et de linge et de veiller à les renouveler au fur et à mesure de leur usure.

2. Au cas où la famille s'occupe du linge, elle doit en informer le personnel et le récupérer régulièrement afin de respecter les règles de bonne hygiène.

3. Au cas où le résident décide de faire laver son linge par un externe, il en fait la demande à la réception en signant un formulaire.

4. L'établissement décline toute responsabilité quant à la perte, l'usure ou les dommages pouvant être causés au linge des résidents.



IX. Informations utiles

Outre le **livret d'accueil**, une **brochure d'information** et un **site Internet** vous informent sur l'histoire, la philosophie, la vie quotidienne et les services offerts aux résidents au sein des Hospices Civils de la Ville de Luxembourg.

Tout fait portant atteinte à un résident ou un bien doit être signalé au personnel ou au responsable de service afin que les mesures appropriées puissent être prises.

Le non-respect du présent règlement de vie interne peut donner lieu à une résiliation du contrat d'hébergement.



ANNEXE 3 – LE DROIT À L'IMAGE
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e)

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

résidant à l' shiAbsFenster

ou

ma personne de confiance

Nom, prénom : _____

mon représentant légal

Nom, prénom : _____

autorise les HCVL

de me prendre en photo ou d'être filmé(e) individuellement et/ou en groupe

de publier ma photo ou mon film

pour les finalités suivantes :

- Fiche signalétique avec photo d'identité pour les personnes portées disparues conservée dans le dossier administratif et une copie dans le dossier de soins et à destination des services de police en cas de besoin
- Brochure HCVL (photos non-ciblées reflétant une ambiance générale)
- Site internet HCVL (photos non-ciblées reflétant une ambiance générale)
- Photos et films pour illustrer les activités des unités de vie et les manifestations au sein des HCVL ou encore pour servir de support d'orientation dans l'unité de vie

La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement cochés.

Les HCVL, en tant que responsable du traitement, m'ont informé(e) que je dispose à tout moment d'un droit d'accès et d'un droit d'opposition et que je peux annuler mon consentement.



Luxembourg, le 28/08/2024

J'ai pris connaissance de cette information et je déclare la comprendre et l'accepter.

Le/la soussigné(e)/la personne de confiance/le représentant légal

Signature : _____



ANNEXE 4 – LES SORTIES ET EXCURSIONS ORGANISÉES PAR LES HCVL
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e)

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

résidant à l'«shiAbsFenster

ou

ma personne de confiance

Nom, prénom : _____

mon représentant légal

Nom, prénom : _____

donne mon accord pour participer aux sorties et excursions organisées par les HCVL dans le cadre des activités d'appui à l'indépendance et des activités d'accompagnement de l'assurance-dépendance ainsi que pour les activités socio-culturelles de l'accueil gériatrique.

Les HCVL, m'ont informé(e) que je dispose à tout moment d'un droit d'accès et d'un droit d'opposition et que je peux annuler mon consentement.

Luxembourg, le 28/08/2024

J'ai pris connaissance de cette information et je déclare la comprendre et l'accepter.

Le/la soussigné(e)/la personne de confiance/le représentant légal

Signature : _____



ANNEXE 5 – TESTS PCR ET SÉROLOGIQUES DBS
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e)

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

résidant à l' shiAbsFenster

ou

ma personne de confiance

Nom, prénom : _____

mon représentant légal

Nom, prénom : _____

donne mon accord pour la réalisation des tests PCR Covid-19 ainsi que des tests sérologiques DBS (dépistage des anticorps anti-SARS-CoV-2)

refuse la réalisation des tests PCR Covid-19 ainsi que des tests sérologiques DBS (dépistage des anticorps anti-SARS-CoV-2)

Les HCVL, m'ont informé(e) que je dispose à tout moment d'un droit d'accès et d'un droit d'opposition et que je peux annuler mon consentement.

Luxembourg, le 28/08/2024

J'ai pris connaissance de cette information et je déclare la comprendre et l'accepter.

Le/la soussigné(e)/la personne de confiance/le représentant légal

Signature : _____



ANNEXE 6 – VACCINATION SARS-COV-2
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e)

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

résidant à l'AbsFenster

ou

ma personne de confiance

Nom, prénom : _____

mon représentant légal

Nom, prénom : _____

donne mon accord pour la vaccination (2 doses) contre le Sars-CoV-2

donne mon accord pour toute dose additionnelle du vaccin contre le Sars-CoV-2

refuse la vaccination contre le Sars-CoV-2

refuse toute dose additionnelle du vaccin contre le Sars-CoV-2

Les HCVL, m'ont informé(e) que je dispose à tout moment d'un droit d'accès et d'un droit d'opposition et que je peux annuler mon consentement.

Luxembourg, le 28/08/2024

J'ai pris connaissance de cette information et je déclare la comprendre et l'accepter.

Le/la soussigné(e)/la personne de confiance/le représentant légal

Signature : _____



ANNEXE 7 – VACCINATION CONTRE LA GRIPPE
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e)

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

résidant à l'shiAbsFenster

ou

ma personne de confiance

Nom, prénom : _____

mon représentant légal

Nom, prénom : _____

donne mon accord pour la vaccination régulière contre la grippe
saisonnière

refuse la vaccination contre la grippe saisonnière

Les HCVL, m'ont informé(e) que je dispose à tout moment d'un droit d'accès et d'un droit
d'opposition et que je peux annuler mon consentement.

Luxembourg, le 28/08/2024

J'ai pris connaissance de cette information et je déclare la comprendre et l'accepter.

Le/la soussigné(e)/la personne de confiance/le représentant légal

Signature : _____



ANNEXE 8 – PERSONNE DE CONFIANCE

(article 12 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient)

Je soussigné(e)

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

résidant à l' shiAbsFenster

né(e) le Geburtsdatum à GeburtsOrt

matricule : **MatrikelNr**

désigne en tant que personne de confiance

Nom et prénom :

*

Né(e) le :

*

Demeurant à :

*

Code postal et ville :

*

Pays :

*

E-mail :

*

Téléphone :

*

pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté et de recevoir l'information nécessaire à la prise d'une décision relative à ma santé.

Ma personne de confiance pourra exprimer ma volonté, recevoir toutes les informations relatives à mon état de santé et obtenir accès à mon dossier patient. Le secret professionnel ne pourra pas lui être opposé.

La désignation vaut aussi si je me trouve en situation de fin de vie et si je ne suis plus en mesure de m'exprimer :

oui

non

Luxembourg, le 28/08/2024

Le/la soussigné(e)

Signature : _____



Remarques :

1. Sauf si j'en décide autrement en cochant la case non, la désignation de ma personne de confiance vaut aussi en situation de fin de vie. De la même façon, si je désigne une personne de confiance selon la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, celle-ci peut (sauf si j'en décide autrement) aussi agir comme personne de confiance en vertu de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.
2. Ma personne de confiance ne doit pas marquer d'avance son accord à sa désignation. Il est toutefois conseillé de discuter avec ma personne de confiance de sa désignation et de mes souhaits particuliers.
3. Il est recommandé de rédiger le document désignant ma personne de confiance en trois exemplaires : un exemplaire que je peux conserver, un exemplaire destiné au médecin traitant (ou tout autre médecin) pour être joint au dossier patient et un exemplaire destiné à ma personne de confiance.
4. La désignation peut être révoquée (annulée) à tout moment, par un écrit, daté et signé. Il est important d'en informer les personnes qui sont en possession de la première désignation (personne de confiance révoquée ; médecin traitant ...).



ANNEXE 8 BIS – PERSONNE DE CONFIANCE
ATTESTATION DE DÉSIGNATION

(article 12 de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient)

Je soussigné(e)

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

résidant à l'adresse

né(e) le Geburtsdatum à GeburtsOrt

matricule : **MatrikelNr**

désigne oralement en tant que personne de confiance

Nom et prénom : * _____
Né(e) le : * _____
Demeurant à : * _____
Code postal et ville : * _____
Pays : * _____
E-mail : * _____
Téléphone : * _____

pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté et de recevoir l'information nécessaire à la prise d'une décision relative à ma santé.

Ma personne de confiance pourra exprimer ma volonté, recevoir toutes les informations relatives à mon état de santé et obtenir accès à mon dossier patient. Le secret professionnel ne pourra pas lui être opposé.

La désignation vaut aussi si je me trouve en situation de fin de vie et si je ne suis plus en mesure de m'exprimer :

oui

non

Les deux témoins ci-après attestent que je suis bien en état d'exprimer ma volonté mais dans l'impossibilité d'écrire et de signer moi-même le présent document. La désignation consignée dans le présent document est l'expression de ma volonté libre et éclairée.



Témoïn 1:

Nom et prénom : * _____

Qualité : * _____

Né(e) le : * _____

Demeurant à : * _____

Code postal et ville : * _____

Pays : * _____

E-mail : * _____

Téléphone : * _____

Témoïn 2 :

Nom et prénom : * _____

Qualité : * _____

Né(e) le : * _____

Demeurant à : * _____

Code postal et ville : * _____

Pays : * _____

E-mail : * _____

Téléphone : * _____

Les deux témoins attestent que le document que le patient n'a pas pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Luxembourg, le 28/08/2024

Signature témoin 1 : _____

Signature témoin 2 : _____



Remarques :

1. Il y a lieu d'indiquer à la rubrique « qualité » un éventuel lien de parenté, de soins, ou autre.
2. Sauf si le patient en décide autrement en cochant la case non, la désignation de sa personne de confiance vaut aussi en situation de fin de vie. De la même façon, s'il désigne une personne de confiance selon la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, celle-ci peut (sauf s'il en décide autrement) aussi agir comme personne de confiance en vertu de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.
3. La personne de confiance ne doit pas marquer d'avance son accord à sa désignation. Il est conseillé de discuter avec la personne de confiance de sa désignation et des souhaits particuliers du patient.
4. Il est recommandé de rédiger le document désignant sa personne de confiance en trois exemplaires : un exemplaire à conserver par le patient, un exemplaire destiné au médecin traitant (ou tout autre médecin) pour être joint au dossier patient et un exemplaire destiné à sa personne de confiance.
5. La désignation peut être révoquée (annulée) à tout moment, par un écrit, respectant les mêmes formalités. Il est important d'en informer les personnes qui sont en possession de la première désignation (personne de confiance révoquée ; médecin traitant ...).



HOSPICE DE HAMM

2, rue Englebert Neveu • L-2224 Luxembourg
Tél: 43 60 86-1 • Fax: 43 60 86-2094

HOSPICE DE PFAFFENTHAL

71, rue Mohrfels • L-2158 Luxembourg
Tél: 47 76 76-6 • Fax: 47 76 76-4202

E-mail: secretariat@hcvl.lu
www.hcvl.lu

DOMICILIATION

SEPA

PersonenNr

shiAdrEmpf5

MANDAT DE DOMICILIATION DE CRÉANCES SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) les Hospices Civils de la Ville de Luxembourg à envoyer des instructions à la banque du débiteur pour débiter le compte du débiteur, et (B) la banque du débiteur à débiter le compte du débiteur conformément aux instructions des Hospices Civils de la Ville de Luxembourg.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par la banque du débiteur selon les conditions décrites dans la convention que ce dernier a passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit du compte du débiteur.

Veillez compléter les champs marqués *.

Nom et prénom :	*	_____
Adresse :	*	_____
Code postal et ville :	*	_____
Pays :	*	_____
Numéro IBAN :	*	_____
Code BIC :	*	LULL
Nom du créancier :		Les Hospices Civils de la Ville de Luxembourg
Identifiant du créancier :		LU64 ZZZ 000 000 000 8398 003 002
Adresse :		2, rue Englebert Neveu
Code postal et ville :		L-2224 Luxembourg
Pays :		Luxembourg
Type de paiement :		Paiement récurrent / répétitif
Signé à :	*	Luxembourg
Date :	*	28/08/2024
Signature :	*	_____

Note : Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.



HOSPICE DE HAMM

2, rue Englebert Neveu • L-2224 Luxembourg
Tél: 43 60 86-1 • Fax: 43 60 86-2094

HOSPICE DE PFAFFENTHAL

71, rue Mohrfels • L-2158 Luxembourg
Tél: 47 76 76-6 • Fax: 47 76 76-4202

E-mail: secretariat@hcvl.lu
www.hcvl.lu

CONTRAT D'AIDE ET DE SOINS

PersonenNr

shiAdrEmpf5

CONTRAT D'AIDE ET DE SOINS

Entre les soussigné(e)s :

L'shiAbsFenster

représenté par Madame **Patricia HELBACH**, directeur

et

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

né(e) le **Geburtsdatum** à **GeburtsOrt**

matricule : **MatrikelNr**

domicilié(e) à 2, rue Englebert Neveu L-2224 Luxembourg

est intervenu le contrat qui suit :

- Art.1. Le présent contrat est conclu sur base de l'article 392 du Code des assurances sociales.
- Art.2. La personne dépendante reçoit les aides et soins par le personnel de l'établissement.
- Art.3. Le relevé individuel des aides et soins requis fait partie intégrante du présent contrat.
- Art.4. L'exécution du contrat de prise en charge est suspendue pendant le séjour de la personne dépendante à l'hôpital ou dans une institution prise en charge par l'assurance maladie ou l'assurance contre les accidents et en cas d'absence temporaire de la personne dépendante pour des raisons personnelles et pendant laquelle elle renonce temporairement aux aides et soins.



- Art.5. Les effets de la suspension commencent soit le jour suivant l'admission de la personne dépendante à l'hôpital ou l'institution visée à l'article précédent, soit le jour suivant le départ de la personne dépendante pour raisons personnelles. Les effets de la suspension cessent le jour de la réintégration de la personne dépendante à l'établissement.
- Art.6. Le contrat de prise en charge est modifié en cas de décision de révision portant augmentation des aides et soins. Cette décision prend effet le premier jour de la semaine de la présentation de la demande de révision. La modification du contrat de prise en charge prend effet le même jour.
- Art.7. Le contrat de prise en charge est modifié en cas de décision de révision portant réduction des aides et soins. Cette décision prend effet le premier jour de la semaine suivant immédiatement celle au cours de laquelle la décision a été notifiée à la personne dépendante. La modification du contrat de prise en charge prend effet le même jour.
- Art.8. Le contrat de prise en charge prend fin de plein droit le jour du décès de la personne dépendante ou le jour où la personne dépendante quitte l'établissement pour une autre destination.
- Art.9. En cas d'une décision de retrait des aides et soins, la fin du contrat de prise en charge prend effet le premier jour de la semaine suivant immédiatement celle au cours de laquelle la décision a été notifiée à la personne dépendante. Copie de la décision de retrait des aides et soins est notifiée par courrier simple par la CNS à l'établissement.
- Art.10. La résiliation du contrat de prise en charge par la personne dépendante ou par l'établissement est faite par écrit en respectant un délai de préavis d'un mois. L'établissement peut seulement résilier le contrat lorsqu'il est impossible d'accomplir son objet et après en avoir informé la cellule d'évaluation et d'orientation.
- Art.11. Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée et prend effet le

Fait à Luxembourg le, 28/08/2024

en double exemplaire dont un pour l'établissement et l'autre pour la personne dépendante.

Signatures :

résident / représentant légal /
mandataire / personne de
confiance

prestataire



HOSPICE DE HAMM

2, rue Englebert Neveu • L-2224 Luxembourg
Tél: 43 60 86-1 • Fax: 43 60 86-2094

HOSPICE DE PFAFFENTHAL

71, rue Mohrfels • L-2158 Luxembourg
Tél: 47 76 76-6 • Fax: 47 76 76-4202

E-mail: secretariat@hcvl.lu
www.hcvl.lu

ETAT DES LIEUX D'ENTRÉE/DE SORTIE

PersonenNr

shiAdrEmpf5

ETAT DES LIEUX

Chambre	Date d'entrée
Wohneinheit	Einzug

Etat de la chambre

Sol	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Murs	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Porte	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Fenêtre	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	

Etat des autres équipements

Kitchenette	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Frigo	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Table	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Chaise	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Chaise haute	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Rideaux	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Armoire salle de bain	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	



Chaise de douche	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Télévision	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Téléphone	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Table de balcon	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	
Chaise de balcon	<input type="checkbox"/>	bon	<input type="checkbox"/>	usure normale	<input type="checkbox"/>	Commentaires:	

Autre(s) remarque(s)		
-----------------------------	--	--

Fait à Luxembourg le, 28/08/2024

en double exemplaire dont un pour l'établissement et l'autre pour la personne dépendante.

Signatures :

résident / représentant légal /
mandataire / personne de
confiance

prestataire