

GUIDE

Saisie du contrat client prestataire sur Infologis

SOMMAIRE

TOUTES LES DONNEES SONT A REPORTER DANS LE DOSSIER AIDE INFOLOGIS

1. ENTITE _____	2
2. EFFET DU CONTRAT _____	2
3. CODE CLIENT (Aidé) _____	2
4. ETAT CIVIL _____	2
5. REPRESENTANT LEGAL _____	3
TUTELLE _____	3
CURATELLE _____	3
6. RELAIS EXTERIEUR (Personne à prévenir en cas d'urgence) _____	4
RECEPTION FACTURE (tierce personne désignée) _____	4
7. PERSONNES DE L'ENTOURAGE _____	5
8. DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE _____	5
9. DATE D'EFFET DE LA PRESTATION ET DUREE DU CONTRAT _____	6
10. MOYENS DE PAIEMENT _____	7
11. AUTRES DOCUMENTS RECUS PAR LE CLIENT _____	8
12. SIGNATURE _____	8
13. EVALUATION INITIALE DES BESOINS _____	8
ENVIRONNEMENT _____	8
INTERVENANTS EXTERIEURS _____	10
AIDES TECHNIQUES _____	11
14. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES _____	11
NOTAIRE _____	11
DEPOT DE GARANTIE _____	11
15. REPARTITION ET VOLUMES HORAIRES _____	12
16. INTERVENTION « VITALE » _____	13
17. ACCES AU DOMICILE _____	13
18. HABITAT _____	14

MERCI DE SCANNER TOUS LES DOCUMENTS DE MISE EN PLACE
ET DE LES ARCHIVER DANS LE « DOSSIER AIDE » NUMERISE.

1. ENTITE

A sélectionner lors de la création de l'activité.

2. EFFET DU CONTRAT

A enregistrer dans ACTIVITES.

3. CODE CLIENT (AIDE)

Correspond au « code de l'aidé »

4. ETAT CIVIL

ETAT CIVIL DE L'AIDE

Etat civil associé au conjoint :
 Nom
 + Prénom
 + Code Aidé si dossier aidé existant
 + Condition de cohabitation

5. REPRESENTANT LEGAL

1. TUTELLE

DOSSIER AIDE > ELEMENTS DE FACTURATION de l'Aidé

Représentant légal : Aucun Curatelle simple
 Curatelle renforcée Tutelle **5a**
 Habilitation familiale

(Justificatif à fournir obligatoirement)

NOM, Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Tél : _____
 E-mail : _____
 Lien de parenté : _____ *Relation : Tuteur*

Elements de Facturation de l'Aidé

Aidé : 19356 COLIN JACKI

Périodicité : Mensuelle **5a** Trimestrielle

Adresse de facturation

Nom : DUPONT

Adresse : 1 AV DE LA FORET

72000 LE MANS

Cedex

Tél : 000000000000

E-Mail : dupont.dupont@orange.fr

Relation : Tuteur

2. CURATELLE / HABILITATION FAMILIALE (dans la future version)

Représentant légal : Aucun Curatelle simple **5b**
 Curatelle renforcée Tutelle
 Habilitation familiale

(Justificatif à fournir obligatoirement)

NOM, Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Tél : _____
 E-mail : _____
 Lien de parenté : _____

Tutelle / Curatelle / Habilitation familiale :
 Justificatif obligatoire

ENVIRONNEMENT DE L'AIDE -> Réseaux professionnels

Les intervenants extérieurs

Les intervenants extérieurs

Identification

Type _____
 Nom _____
 Prénom _____
 Adresse _____
 Cedex

Téléphone _____ Obs. _____
 Fax _____
 E-Mail _____
 Observation _____

Type hôpital

Ajouter Supprimer Ok Annuler Sortir

Environnement de l'aidé

Aidé : 22161 TEST

Habitat Relationnel Réseaux professionnels

Type	Code	Nom - Prénom	Téléphone	E-mail
CURATEUR				

Observations : _____

Ajouter Supprimer Intervenants extérieurs **5b** Ok Annuler

Aides techniques

Paramètres possibles

LIT MEDICALISE
 FAUTEUIL ROULANT
 LEVE-MALADE
 DEAMBULATEUR
 CANNES
 COUCHES
 BARRES D'APPUI

Paramètres sélectionnés

Création d'un intervenant extérieur si non existant

Faire « Ajouter » pour créer une fiche de référence pour un intervenant professionnel qui peut être commun à plusieurs clients. Celui-ci sera numéroté.
 A noter : seuls les champs suivants sont accessibles : Type, Nom, Prénom, E-mail et Observations.

6. RELAIS EXTERIEUR (PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE)

Relais extérieur = personne à prévenir en cas de besoin (physiquement présente pour prendre le relais) dans le cadre d'un problème d'intervention.

Cela ne concerne pas la gestion administrative.

Relais extérieur = personne à prévenir en cas d'urgence : **6 a**

Lien de parenté : _____

NOM, Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Portable : _____

E-mail : _____

Environnement de l'aidé

Aidé : 31159 GUEPIN BERNARD

Habitat Relationnel Réseaux professionnels

Intervenants extérieurs

Type	Code	Nom - Prénom	Téléphone	E-mail
MEDECIN	00122	MALASSIGNE		
INFIRMIER	00390	ROYER		

6 a

RELAIS EXTERIEUR Mme DUPONT Marie-J

Observations : _____

Ajouter Supprimer Intervenants extérieurs Ok Annuler

Cette information apparaît en haut du planning :

PLANNINGS - D:\BASES\BASEINFOLOGIS

Planning Recherche aidant Etats Congés prévisionnels Absences aidés Paramètres Droits des utilisateurs Fenêtres ? Quitter

31159 GUEPIN BERNARD Age : 79 ans GIR 4 Conseillère BUSSON EMELINE

12 RUE DE LA LIBERATION 02 43 33 09 43

72260 DANGEUL Accès messagerie

Relationnel Lien Téléphone

Professionnel

Type	Téléphone	Mail
MEDECIN		
INFIRMIER		

Visualisation du planning

Aidé : 31159 GUEPIN BERNARD DANGEUL 23/03/2017 Semaine Mois

Affichage Télégestion

Du 20/03/2017 au 26/03/2017 4,30 / 4,23 Nuit >>

Si le client souhaite qu'une tierce personne désignée reçoive les documents liés à la facturation :

Enregistrer dans ELEMENTS DE FACTURATION

Le client doit rédiger un courrier formalisant sa demande, signé de lui-même et contresigné de la personne destinataire.

6 b

Elements de Facturation de l'Aidé

Aidé : 19366 COLIN JACKI

Périodicité Mensuelle Trimestrielle

Adresse de facturation

Nom _____

Adresse _____

Cedex _____

Tél. _____

E-Mail _____

Relation _____

Adresse bancaire

Identification internationale (IBAN) FR7617906001120183237900194

Code BIC AGRIFRPP879

Code Banque 17906

Code Guichet 00112

Numéro de Compte 01832379001 Clé 94

Blocage prélèvement Echancier

Cotisation annuelle OK Retour

Option : Extension du rôle de la personne de confiance au domaine médical

Si je suis hors d'état d'exprimer ma volonté, cette personne sera consultée par le corps médical concernant les soins, notamment l'inclusion dans un protocole de recherche médicale, et sur toute intervention ou investigation. Sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucun soin, investigation ou opération ne pourra être réalisé(e) sans cette consultation préalable.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave et sauf opposition de ma part, elle pourra recevoir les informations nécessaires destinées à lui permettre de m'apporter un soutien direct.

Durée de la désignation :

Option 1 : durée indéterminée = jusqu'à ce que la personne y mette fin
 Cette désignation est valable pour une durée indéterminée, jusqu'à ce que j'en décide autrement.

Option 2 : Désignation à durée déterminée
 Cette désignation est valable jusqu'au _____ (indiquer date ou évènement qui déclenche la fin de la désignation pour la personne accompagnée, exemple : fin de l'intervention du service d'aide à domicile ; retour de mon fils de l'étranger...), étant entendu que je pourrai suspendre ou interrompre cette désignation à tout moment si je le décide.

Fait à _____, le _____ en 3 exemplaires.

Signature du client :

Signature de la personne de confiance, le cas échéant :

1 exemplaire destiné au client
 1 exemplaire destiné à la structure
 1 exemplaire destiné à la personne de confiance, le cas échéant

A remplir dans le cas d'une désignation d'une personne de confiance.

A remplir dans tous les cas.

Exemplaire jaune à remettre à la personne de confiance, le cas échéant.

ENVIRONNEMENT DE L'AIDE -> Onglet « Relationnel » puis « Personne de confiance ».

Si « Référent » est coché, c'est le numéro de cette personne qui s'affichera sur le contact indiqué sur le planning des salariées. Attention : les anciens clients pour lesquels « Référent » est coché mais cela ne correspond pas forcément à la réalité car cette coche a changé de signification.

8

Personne de confiance		Référent <input checked="" type="checkbox"/> Nom		DUPONT		Adresse	
Téléphone	06 63 35 52 24	Portable	06 63 35 52 24	E-Mail	mail@mail.fr		
Observations	FILS						

9. DATE D'EFFET DE LA PRESTATION ET DUREE DU CONTRAT

ARTICLE 19 : DATE D'EFFET DE LA PRESTATION ET DUREE DU CONTRAT

► Le client souhaite démarrer les interventions :

- Sans prise en charge :
 - Avant l'expiration du délai de rétractation.
 - Après l'expiration du délai de rétractation.
- Avec prise en charge :
 - Avant la réception de la notification et avant l'expiration du délai de rétractation.
 - Avant la réception de la notification et après l'expiration du délai de rétractation.
 - Après la réception de la notification.

► Le présent contrat est conclu pour une durée :

Déterminée, du* _____ au _____

Indéterminée à compter du* _____

*La date d'effet peut être la date de notification de l'accord. Dans ce cas, cochez cette case :

A enregistrer comme ci-dessous :

ACTIVITE DE L'AIDE

RS :

- Indéterminée : Enregistre
Date de début
- Déterminée : Enregistre
Dates de début + fin + Motif

Service Convention :

- Indéterminée : Enregistre
Date de fin
- Vérifie que l'Exonération est décochée si moins de 70 ans.

9

Entités juridiques	Activités	Date début	Date de fin	Motif de Fin
SAD FAMILLES RURALES (PRESTA.) FAMILLES RURALES SAD (MANDAT.) SAD FAMILLES RURALES (PRESTA.)	SAD PLUS-TRAVAUX MENAGE NE PAS UTILISER (AIDE HUMA SAD PLUS-AIDE HUMAINE	19/06/2012 19/06/2012 19/06/2012	31/12/2016	AUTRE ASSOCIATION

La « date début » correspond à la date de **début de l'activité**.

10. MOYENS DE PAIEMENT

ARTICLE 20 : MOYENS DE PAIEMENT

Le client s'engage à régler les factures émises par la structure par :

- Espèces,
- Prélèvement automatique (document à compléter),
- Chèque bancaire,
- Chèque Emploi Service Universel Pré financé (CESU)
- Virement.

Toute modification du moyen de paiement après signature du contrat devra faire l'objet d'une demande écrite adressée directement au service comptabilité.

Si « Prélèvement automatique » : faire remplir le document mandat de SEPA annexe.

Le mandat de prélèvement SEPA et le RIB sont transmis au service convention qui se charge de transmettre au service comptabilité pour saisir les données dans « Eléments de Facturation de l'Aidé ».

10

DETAIL DES PERSONNES AU FOYER -> Condition cohabitation

Détail des Personnes au foyer

Aidé : 19356 COLIN JACKI

Conjoint

Dossier aidé

Nom patronymique Prénom

Date de naissance N.I.R. Clé

Situation Date de décès

Numéro d'affiliation Recherche

Autres personnes

Nom	Prénom	Date de Naissance	Lien avec Aidé	Fiscal

Ajouter Supprimer OK Annuler

Condition cohabitation PERSONNE SEULE OK Retour

Et

MODALITES D'INTERVENTION -> Comportement

Modalités d'intervention

Aidé : 19356 COLIN JACKI

Tâches Modalités d'intervention Aidants incompatibles

Indisponibilités Comportement Semaine type

Notation au

Liste des comportements

Intervention vitale – sans possibilité de relais extérieur		
Intervention vitale – avec possibilité de relais extérieur		
Vit avec une personne dépendante	1	
Vit avec une personne autonome	0	
Vit avec une personne aidante	0	

Indiquer en binaire : 1 ou 0

ENVIRONNEMENT	
<input type="checkbox"/> Vit seul ou <input type="checkbox"/> Vit avec une personne : <input type="checkbox"/> dépendante <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aidante	<input type="checkbox"/> Ouverture de la porte par le client ou un tiers 13e
<input type="checkbox"/> Présence d'animaux (type, nb) :	<input type="checkbox"/> Clés remises à l'intervenant et/ou <input type="checkbox"/> Clés disponibles à :
..... Risque potentiel ? <input type="checkbox"/> et/ou <input type="checkbox"/> Code :
<input type="checkbox"/> Situation(s) spécifique(s) (oxygène, régime alimentaire, etc.) :	<input type="checkbox"/> Remarque(s) éventuelle(s) : 13g
.....	<input type="checkbox"/> Emplacement du cahier de liaison : 13h

13c —

13d —

13f

MODALITES D'INTERVENTION -> Informations pour ordre de mission

Modalités d'intervention

Aidé : 27179 TEST

Tâches | **Modalités d'intervention** | Aidants incompatibles | Indisponibilités | Comportement

Informations pour ordre de mission

1. ACCES AU DOMICILE - Description :
2. OUVERTURE DE LA PORTE PAR LE BENEFICIAIRE (ou colocataire) : OUI / NON
3. CLEFS : NON / OUI (Remises à l'intervenante : OUI / NON ou Disponibles à "Lieu" et/ou "Code").
4. PRESENCE D'ANIMAUX : NON / OUI -> Type d'animal : indiquer (Attention au chien, attention au chat).
5. LOGEMENT FUMEUR : NON / OUI
6. CAHIER DE LIAISON - Emplacement :
7. NECESSITE DE PASSAGE A HEURE FIXE : NON / OUI (Indiquer les horaires concernés)
8. SITUATIONS A RISQUE : NON / OUI -> Comportement A, Comportement T, Dépendance, Présence entourage, Régime sans sucre, Trouble de la mémoire, Trouble de la motricité, Troubles psychiques, Maladie infectieuse, Malvoyant, Malentendant, Muet
9. REMARQUE(S) EVENTUELLE(S) : NON ou saisir texte.

Informations pour planning

Jours fériés travaillés Remplacement systématique ** **Clefs** **13 f***

* **13 f** : si case « Clefs » cochée => signifie que les clés sont remises à l'intervenante ou boîtier clés ou clés cachées.

** « Remplacement systématique » : à cocher si le financement l'induit.

INTERVENANTS EXTERIEURS

13i

INTERVENANTS EXTERIEURS (Indiquer nom + commune)

Médecin :

Portage de repas :

Infirmier :

SSIAD :

Autre(s) :

ENVIRONNEMENT DE L'AIDE -> Réseaux professionnels -> Intervenants extérieurs

Environnement de l'aide

Aidé : 19356 COLIN JACKI

Habitat | Relationnel | **Réseaux professionnels**

Intervenants extérieurs

Type	Code	Nom - Prénom	Téléphone	E-mail

TUTELLE

Observations :

Ajouter Supprimer **Intervenants extérieurs** Ok Annuler

Aides techniques

Paramètres possibles

- LIT MEDICALISE
- FAUTEUIL ROULANT
- LEVE-MALADE
- DEAMBULATEUR
- CANNES
- COUCHES
- BARRES D'APPUI

Paramètres sélectionnés

OK Retour

13i

Rappel : pour le tuteur
=>
Enregistrement dans la Rubrique
Eléments de Facturation

(cf. partie 5. « REPRESENTANT
LEGAL »).

AIDES TECHNIQUES

13j

AIDE(S) TECHNIQUE(S)		
Présente(s) :		
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Changes	<input type="checkbox"/> Téléassistance
<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Montauban	<input type="checkbox"/> Lève-personne
<input type="checkbox"/> Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Cannes	<input type="checkbox"/> Autre(s) :
.....		
Nécessaire(s) :		
.....		

ENVIRONNEMENT DE L'AIDE -> Réseaux professionnels -> Aides Techniques

13j

14. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
NOTAIRE

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	<input type="checkbox"/> Notaire (nom, commune) :
	<input type="checkbox"/> Chèque dépôt de garantie de 100 € remis : n°
AUTRES :	

ENVIRONNEMENT DE L'AIDE -> Réseaux professionnels -> Intervenants extérieurs

Notaire -> voir point 13 i

Intervenants extérieurs		Code	Nom - Prénom	Téléphone	E-mail
MEDECIN		00049	VIEIL MIGUEL		

NOTAIRE	00130	MAITRE ANDRE		
Observations : LE MANS				

DEPOT DE GARANTIE

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	<input type="checkbox"/> Notaire (nom, commune) :
	<input type="checkbox"/> Chèque dépôt de garantie de 100 € remis : n°
AUTRES :	

DOSSIER AIDE -> Suivi évènements -> Ajouter document « CHEQUE DEPOT GARANTIE », les observations et la date de validation.

Documents	Observations	Créé le	Validé le
CHEQUE DEPOT GARANTIE	n°0123456789 du Crédit mutuel Ecommoy	12/12/2017	12/12/2017

15. REPARTITION ET VOLUMES HORAIRES

= Semaine type

NATURE DES INTERVENTIONS	Participation de la personne à la tâche	Précisez le nombre d'heures, estimé en 00 h 00 min		
		DU LUNDI AU SAMEDI	DIMANCHE	TOTAL SEMAINE
Toilette	oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>	30 min 3x/semaine	30 min	2h00
Habillage	oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Déshabillage	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Lever				
Coucher				
Bas de contention				
Préparation des repas	oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>	15 min du lundi au samedi		4h30
Prise des repas				
Goûter				
Ménage	oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>	2h00 (2x 1h)		2h00
Entretien du linge	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Courses	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Transferts				
Soutien psychologique				
Déplacements extérieurs - promenades				
Gestion administrative	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Surveillance de jour				
Surveillance de nuit				
Garde d'enfant de plus de 3 ans				
Autre :				
Nombre total d'heures par semaine :		8h00	30 min	8h30

15a

MODALITES D'INTERVENTION -> Tâches

Modalités d'intervention

Aidé : 2486 ARGAND MONIQUE

Tâches 15a

Type	Groupe	Tâche	04/04/2016	16/04/2014
TYPE	AIDE A LA PERSONNE	TOILETTE	150	150
TYPE	ENTRETIEN DU LOGEMENT	MENAGE	90	90

4h00 4h00

OK Annuler

OK Retour

Indiquer le temps en minutes

A mettre à jour avec les nouvelles évaluations (annuelles ou sur demande du client)

MODALITES D'INTERVENTION -> Informations pour ordre de mission

Les impératifs horaires sont liés uniquement aux pathologies (prise de médicaments, respect d'un régime alimentaire), déplacements médicaux réguliers (RDV ou accueil de jour) ou doublon avec partenaires.

Modalités d'intervention

Aidé : 27179 TEST

Indisponibilités Comportement Semaine type

Tâches Modalités d'intervention Aidants incompatibles

Informations pour ordre de mission

CAHIER DE LIAISON

Emplacement du cahier : "préciser l'endroit"

NECESSITE DE PASSAGE A HEURE FIXE : OUI / NON

Indiquer les horaires concernés

15b

16. INTERVENTION « VITALE »

16

INFORMATION pour les bénéficiaires de plan d'aide : plan les dimanches et les jours fériés, seules les interventions « vitales » sont réalisées **selon la planification habituelle** (lever/coucher, repas, aide à la prise de médicaments).

→ La totalité ou une partie des interventions ci-dessus est-elle à caractère vital ? OUI NON

ACCES AU DOMICILE :
(repères simples pour se rendre au domicile)

MODALITES D'INTERVENTION -> Comportement

Modalités d'intervention

Aidé : 27179 TEST

Tâches Modalités d'intervention Aidants incompatibles Indisponibilités **Comportement**

Notation au 12/01/2017

Liste des comportements

INTERV VITALE - RELAIS EXT	1	
INTERV VITALE - PAS RELAIS EXT	0	
VIT AVEC UNE PERS DEPENDANTE	0	
VIT AVEC UNE PERS AUTONOME	1	
VIT AVEC UNE PERS AIDANTE	1	
X		

Indiquer en binaire : 1 ou 0

17. ACCES AU DOMICILE

Saisir si besoin une indication simplifiée de l'accès au domicile (repères facilement identifiables).

ACCES AU DOMICILE :
(repères simples pour se rendre au domicile)

MODALITES D'INTERVENTION -> Informations pour ordre de mission

Modalités d'intervention

Aidé : 27179 TEST

Indisponibilités Comportement Semaine type

Tâches **Modalités d'intervention** Aidants incompatibles

Informations pour ordre de mission

ACCES AU DOMICILE
Description du parcours (voir feuille annexe bandeau à remplir)

18. HABITAT

ENVIRONNEMENT DE L'AIDE -> Onglet « Habitat »

Environnement de l'aidé

Aidé : 19356 COLIN JACKI

Habitat Relationnel Réseaux professionnels

Qualité de l'occupant : PROPRIETAIRE MAISON INDIVIDUELLE

Nombre total de pièces : 4

Type d'habitat : DOMICILE PERSONNEL ORDINAIRE CONFORTABLE ET ADAPTE

Etat du logement

Paramètres possibles

- PRESENCE MARCHES OU DIFFERENTS NIVEAUX
- SOLS DEFECTUEUX
- ABSENCE EAU COURANTE
- ABSENCE EAU CHAUDE
- WC EXTERIEURS OU ABSENCE
- WC NON ADAPTES
- ABSENCE SALLE DE BAINS
- BAIGNOIRE OU DOUCHE INADAPTEES
- CHAUFFAGE AVEC PROBLEME APPROVISIONNEMENT
- CHAUFFAGE DEFECTUEUX OU INEXISTANT
- ELECTRO-MENAGER INSUFFISANT
- MOBILIER INSUFFISANT
- ABSENCE TELEPHONE
- LOGEMENT TROP PETIT
- LOGEMENT INSALUBRE

Paramètres sélectionnés

OK Retour