

**USLD LES ARBOUSIERS**

3 allée du Laurey  
33260 LA TESTE DE BUCH  
Tél : 05.57.52.96.00  
Fax : 05.57.52.96.02

Madame, Monsieur,

Vous avez manifesté le souhait d'être admis(e) ou de faire admettre une personne de votre parenté à l'U.S.L.D. « Les Arbousiers » Cet établissement privé participant au service public est à but non lucratif. Il est géré par l'UGECAM d'Aquitaine.

Il vous appartient de nous adresser dès que possible le dossier administratif ci-joint, dûment complété par vous-même et le dossier médical renseigné par le médecin traitant.

La demande peut également être effectuée en ligne sur le site **viatrajectoire.fr**.

Je vous précise :

- que cet établissement accueille des personnes présentant de manière plus ou moins définitive, une perte d'autonomie majeure en relation avec une atteinte chronique, physique ou psychique,
- que le tarif de prestation pratiqué comporte :
  - un tarif journalier « soins », pris en charge par la sécurité sociale
  - un prix de journée « hébergement » qui reste à la charge, soit de la personne hébergée ou de sa famille, soit, en cas de ressources insuffisantes, de l'Aide Sociale. Il convient donc dans ce dernier cas de saisir les services de la mairie du dernier domicile de la personne hébergée
  - un prix de journée « dépendance » qui peut être en partie pris en charge par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
  - un tarif « entretien du linge » à la charge du Résident, dans la mesure où celui-ci souhaite faire appel à la blanchisserie de l'établissement.

L'assistante sociale\* de l'établissement, se tient à votre disposition pour tous renseignements complémentaires que vous souhaiteriez obtenir.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur de l'Etablissement  
Fanny LE VOURCH

\*Assistante sociale : Mme Sylvie LAGGER

☎ : 05.57.52.96.04 [sylvie.lagger@ugecam.assurance-maladie.fr](mailto:sylvie.lagger@ugecam.assurance-maladie.fr)

lundi – mardi – vendredi : 13h30 – 17h30

jeudi : 9h – 17h

**USLD LES ARBOUSIERS**

3 allée du Laurey  
33260 LA TESTE DE BUCH  
Tél : 05.57.52.96.00  
Fax : 05.57.52.96.02

**PIECES A FOURNIR**

	<b>Volet Médical complété par votre Médecin</b> (ci-joint)
	<b>Fiche administrative complétée</b> (ci-jointe)
	<b>Copie livret de famille, ou extrait naissance</b>
	<b>Copie pièce d'identité</b>
	<b>Copie attestation Sécurité Sociale</b> + <i>carte Vitale à l'entrée</i>
	<b>Copie carte Mutuelle</b>
	<b>Engagement Paiement</b> (ci-joint)
	<b>ou</b> <b>Engagement relatif aux démarches d'Aide Sociale</b> (ci-joint)
	<b>Copie jugement de protection juridique</b> (Sauvegarde Justice, Curatelle ou Tutelle) <i>s'il y a lieu</i>
	<b>Copie dernier avis imposition ou non imposition</b> <i>si Aide Sociale et/ou Allocation Logement</i>
	<b>Copie notification Allocation Personnalisée Autonomie</b> <i>s'il y a lieu</i>
	<b>Copie justificatif assurance Responsabilité Civile</b>
	<b>Relevé d'Identité Bancaire</b>

**USLD LES ARBOUSIERS**

3 allée du Laurey  
33260 LA TESTE DE BUCH  
Tél : 05.57.52.96.00  
Fax : 05.57.52.96.02

**FICHE ADMINISTRATIVE**

**NOM :**  **PRENOM :**

**NOM JEUNE FILLE :**

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :**

**ADRESSE DERNIER DOMICILE :**

**SITUATION DE FAMILLE :**

**Marié(e)**
 **Concubin(e)**
 **Veuf(ve)**
 **Divorcé(e)**
 **Séparé(e)**
 **Célibataire**

**SITUATION JURIDIQUE :**

*Plein droits*
 *Sauvegarde de Justice*
 *Curatelle*
 *Tutelle*
 *Demande en cours*

**COUVERTURE SOCIALE :**

**N° immatriculation :**

**Caisse de prise en charge :**

**Prise en charge à 100% :**  **OUI**  **NON**

**Mutuelle :**

<i>Résident lui-même</i>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<i>Famille</i>	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

<i>Aide Sociale</i>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

**PERSONNE A PREVENIR :**

➤ **NOM, prénom :**

➤ **Adresse :**

➤ **Téléphone(s) :**

➤ **Adresse mail :**


**ENFANTS :**

NOM	ADRESSE	TELEPHONE ; EMAIL

Une personne de confiance a-t-elle été désignée : OUI  NON

SI OUI, coordonnées de la personne de confiance :

--

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile

Etablissement

Nom de l'établissement

--

**USLD LES ARBOUSIERS**

3 allée du Laurey

33260 LA TESTE DE BUCH

Tél : 05.57.52.96.00

Fax : 05.57.52.96.02

## ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je soussigné :

agissant en qualité de :

dans le cadre de la demande d'admission de :

à l'U.S.L.D. « Les Arbousiers », 33260 LA TESTE DE BUCH,

m'engage à régler le « Tarif Résident ».

Fait à La Teste de Buch, le :

« lu et approuvé »

Signature :

**USLD LES ARBOUSIERS**

3 allée du Laurey  
33260 LA TESTE DE BUCH  
Tél : 05.57.52.96.00  
Fax : 05.57.52.96.02

**ENGAGEMENT / DEMARCHES D'AIDE SOCIALE**

Je soussigné(e),

agissant en qualité de :

dans le cadre de la demande d'admission de :

à l'U.S.L.D. « Les Arbousiers », 33260 LA TESTE DE BUCH

M'engage :

- à accomplir auprès du C.C.A.S. compétent, toutes les démarches nécessaires à l'obtention d'une décision rapide du Conseil Départemental pour la prise en charge du « Tarif Résident » par l'Aide Sociale.
- à renouveler cette demande dans les délais permettant d'éviter une interruption dans la prise en charge des frais par le Conseil Départemental.

Dans l'attente de la décision du Conseil Départemental, je m'engage à reverser à l'établissement :

- pour une personne seule : 90% des revenus de la personne placée,
- pour un couple : une partie des revenus laissant au conjoint le minimum légal

Dans le cadre d'un rejet de prise en charge par le Conseil Départemental, je m'engage à régler l'intégralité du « Tarif Résident ».

Fait à la Teste de Buch, le  
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

USLD LES ARBOUSIERS

3 allée du Laurey

33260 LA TESTE DE BUCH

Tél : 05.57.52.96.00

Fax : 05.57.52.96.02

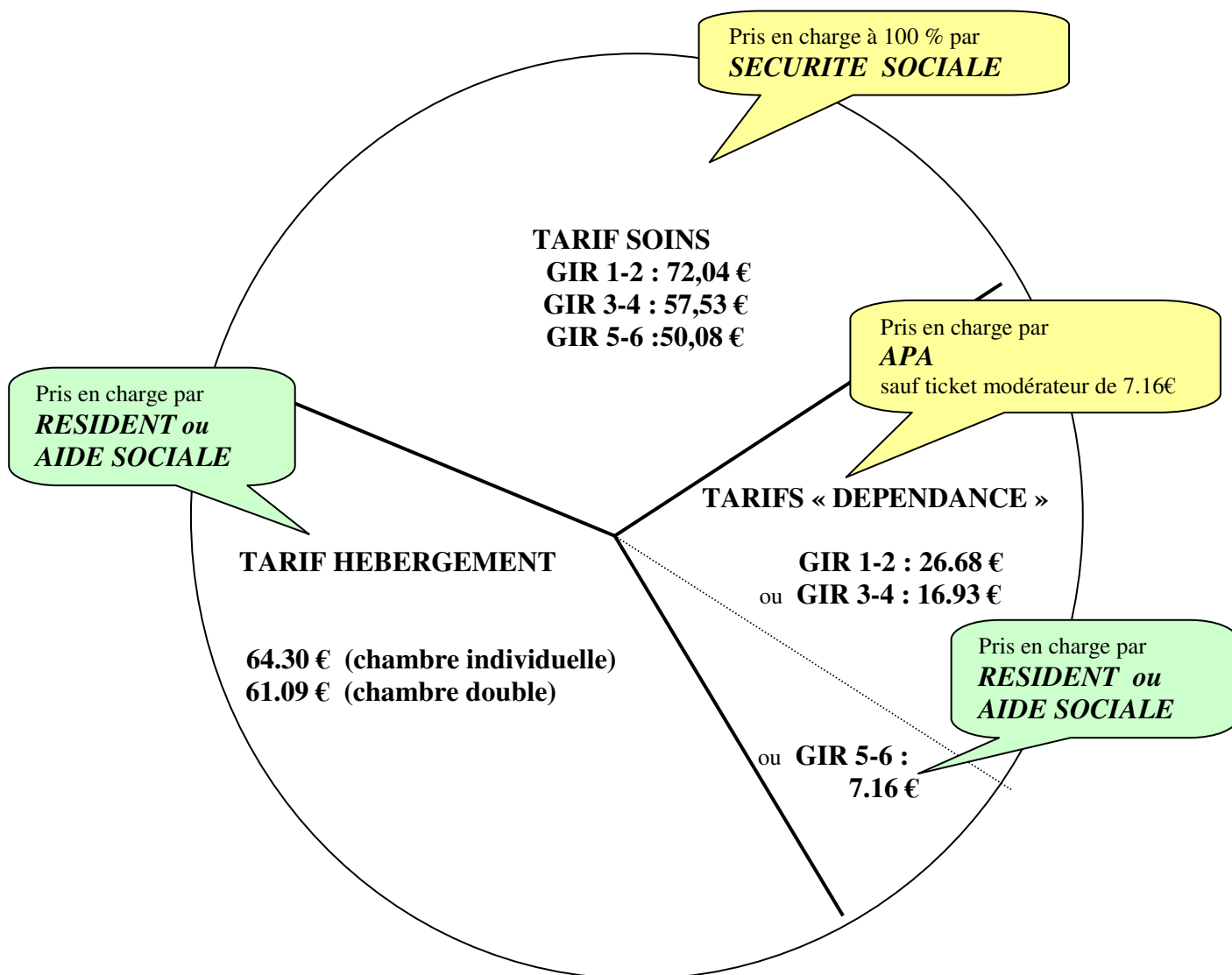
## TARIFS

### Tarif à charge du Résident :

**Chambre individuelle : 71.46 €/ jour, soit 2173 €/mois.**

**Chambre double : 68.25 €/jour, soit 2075 €/mois**

- Possibilité de prise en charge de ce tarif par l'Aide Sociale en cas de ressources insuffisantes
- Tarification détaillée au verso
- Entretien du linge par l'établissement : 50 €/mois (ne concerne pas les Résidents bénéficiaires de l'Aide Sociale)



**TARIF A CHARGE DU RESIDENT OU DE L'AIDE SOCIALE :**

	Chambre individuelle	Chambre double
<b>TARIF HEBERGEMENT</b>	<b>64.30</b>	<b>61.09</b>
<b>TICKET MODERATEUR DEPENDANCE</b>	<b>7.16</b>	<b>7.16</b>
<b>TOTAL</b>	<b>71.46 €/jour</b>	<b>68.25 €/jour</b>



DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur  Madame

NOM de naissance  
*(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)*

Prénom(s)

Date de naissance / /

MOTIF DE LA DEMANDE

Changement d'établissement  Fin/Retour d'hospitalisation  Maintien à domicile difficile   
Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS OUI  NON  ALLERGIES OUI  NON  Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE

NE SAIT PAS	OUI	NON
-------------------	-----	-----

OUI	NON
-----	-----

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Alcool		
Tabac		
Sevrage		

Taille

cm

Poids

Kg

FONCTIONS SENSORIELLES

OUI  NON

Cécité

Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

OUI  NON

REEDUCATION OUI  NON

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOSSIER MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
<b>Transfert</b>				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs aberrants ( <i>dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...</i> )		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP,VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS,...)**

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (*si différent du médecin traitant*)

NOM Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date / /

Signature

Cachet du  
médecin