

Objet : Votre demande de documentation

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions vivement de l'intérêt que vous portez à notre établissement et avons le plaisir de vous adresser la documentation de la résidence Vallée de la Luce.

Cet établissement médicalisé conventionné EHPAD est situé sur la commune de Caix. Outre l'ambiance sécurisante, familiale et chaleureuse, nous offrons une prise en charge globale et personnalisée.

Afin de vous donner un premier aperçu de la qualité des prestations que nous offrons, nous vous invitons à consulter notre site internet en copiant ce lien :

<http://residencevalleedelaluce.fr/>

Nous nous tenons à votre entière disposition et seront ravis de vous accueillir pour une visite de la résidence à une date à votre convenance.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes meilleures salutations.

7 Rue de Blanc  
80170 Caix  
Tél. : 03 22 88 05 00  
Fax : 03 22 88 14 88  
contact@residencevalleedelaluce.fr

S.A.S. au capital de 2 500 001 €  
752 099 465 R.C.S. Amiens



Céline GOURLAIN,  
Directrice



La Résidence Vallée de la Luce est un établissement à taille humaine (nous pouvons accueillir 44 résidents) qui place le bien-être physique et moral des résidents au cœur de ses préoccupations. Nous proposons des chambres particulières et une pour un couple, dans un nouveau bâtiment inauguré l'été 2012, où sécurité et confort sont privilégiés.

Des animations quotidiennes sont proposées pour vous distraire. Une équipe de professionnels de santé est entièrement dédiée à votre bien-être.

Conformément à l'article L.311-6 du Code de l'action sociale et des familles, un Conseil de Vie Sociale est mis en place. Celui-ci permet d'associer les résidents, familles, personnels et représentants de la commune pour rester à l'écoute de vos attentes. Ce Conseil se réunit trois fois par an.

### **Espaces extérieurs et localisation**

Espace privilégié de rencontre pour les familles et les animations, le parc sécurisé, d'une superficie de 4000m<sup>2</sup>, invite à la détente et à la promenade.

La Résidence Vallée de la Luce est à moins de 5 km de Rosières-en-Santerre, où se trouvent tous les services et commerces utiles.



### **Espace de vie/Hébergement**

Les 43 chambres dont une double, réparties sur 4 niveaux, desservies par un ascenseur, sont toutes équipées d'un cabinet de toilette comprenant une douche sans seuil, un lavabo et des WC. Elles disposent d'une sonnette d'appel malade en chambre et dans la salle de bain.

Toutes les chambres sont meublées, mais vous avez la possibilité d'apporter des petits meubles, objets, souvenirs, afin de personnaliser votre nouvel environnement.

Un salon de télévision est à disposition des résidents, cependant, chacun est libre d'installer son propre téléviseur dans sa chambre.

Une bibliothèque, un salon « gym », un salon de coiffure sont également à votre disposition.

## La Restauration

Les menus sont élaborés selon un plan alimentaire validé par une diététicienne. Les repas sont confectionnés in situ, par Christopher et Stéphane, nos deux cuisiniers.

Deux salles à manger climatisées, sont à disposition des résidents, l'une pour les plus autonomes et l'autre pour les personnes ayant besoin d'aide. En outre, des espaces sont disposés au rez-de-chaussée et 1<sup>er</sup> étage pour que les résidents puisse convier leur proche en toute intimité.

### Les horaires des repas :

- Le petit déjeuner est servi en chambre entre 7h30 et 9h00
- Le déjeuner est servi en salle de restauration, à 12h au 1<sup>er</sup> étage et 12h15 au rez-de-chaussée.



- Le goûter est servi à 15h45 dans les salons ou en chambre
- Le dîner est servi en salle à manger à partir de 18h30.

Les repas sont servis en chambre lorsque que votre état de santé le nécessite.

## Un accompagnement par du personnel qualifié et entièrement dévoué au service des résidents

La Résidence Vallée de la Luce est signataire, depuis 2005, d'une convention avec les autorités compétentes du département et de l'Etat, qui prévoit la présence de personnel qualifié à votre service :

- un médecin coordonnateur, contact privilégié de votre médecin traitant, et chargé de superviser l'organisation des soins dans l'établissement ;
- des infirmières, chargées du suivi au quotidien de votre santé, et de la réalisation des soins rendus éventuellement nécessaires par vos affections ;
- des aides-soignantes et aides médico-psychologiques, chargées de vous assister au jour le jour, dans la réalisation des gestes de la vie courante ;
- des agents de service hôtelier, chargés de l'entretien de votre cadre de vie, et entourés dans votre accompagnement par des personnels qui apportent une compétence technique particulière : animatrice, cuisiniers, agents d'entretien.

Vous avez le libre choix de votre médecin traitant, kinésithérapeute. Une pédicure intervient le premier jeudi de chaque mois dans l'établissement.

## Les Animations

Des animations sont proposées tous les jours par l'équipe d'animation de l'établissement composée de Lise, animatrice mais également de l'équipe soignante et de bénévoles.

Différents ateliers sont proposés aux résidents, tel que :

- Atelier actualité
- Atelier dessin
- Atelier pâtisserie
- Atelier gymnastique douce
- Atelier de travaux manuels
- Atelier esthétique
- Atelier chorale
- Atelier tricot
- Sortie dans le village
- Sortie au marché de Rosières en Santerre
- Sortie au marché de Noël d'Amiens
- ...

Des intervenants extérieurs viennent vous distraire régulièrement : après midi « guinguette », spectacles divers « les chiens visiteurs », chanteurs, ventriloque...

Des goûters intergénérationnels sont organisés avec les enfants du personnel, mais aussi avec diverses partenaires comme la croix rouge, la mairie, une école de musique.



## Le linge

L'entretien du linge personnel des résidents peut être assuré par le service blanchisserie de la résidence. Une lingère est présente chaque jour.

## Coiffure

Un salon de coiffure est à votre disposition au deuxième étage.  
Mr et Mme TERRIER, coiffeurs interviennent à votre demande, en fonction de vos besoins de préférence le mardi après midi.



## Les Visites

Les résidents peuvent recevoir des visites de leurs proches, de préférence l'après midi et jusqu' à 21h.

## Téléphone / courrier

Une ligne téléphonique peut être mise à disposition dans chaque chambre.  
Le courrier est distribué chaque jour ouvrable et posté à la demande du résident.

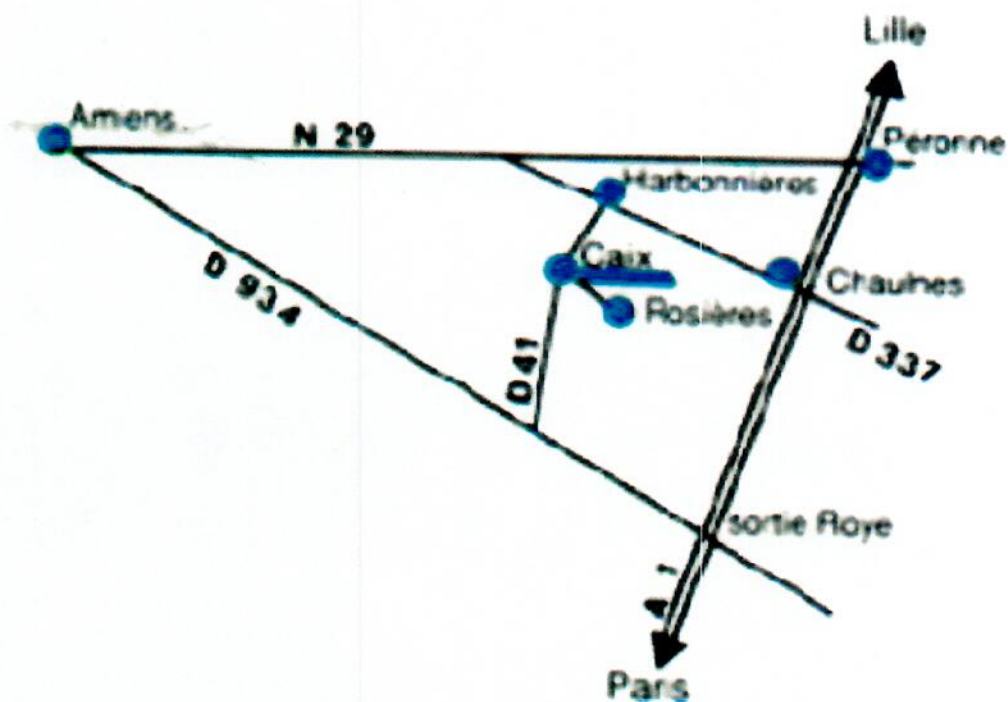
## Culte

Une messe est célébrée par un prêtre de la paroisse St Omer, au sein de l'établissement, le 3<sup>ème</sup> jeudi de chaque mois à 14h30.



Au cœur du Santerre, à proximité de l'église du XV<sup>e</sup> siècle du village de Caix, la maison de retraite « Résidence Vallée de la Luce » vous accueille dans un cadre verdoyant, calme et convivial.

## Plan d'accès



### Situation géographique

Caix se trouve à 25km d'Amiens et Péronne, 18km de Montdidier et de Roye, 10km de Chaulnes et 5 km de Rosières en Santerre.

### Moyens d'accès

Gare SNCF TGV Haute Picardie à 15km – Gare SNCF Amiens à 25km.

**RÉSIDENCE VALLÉE DE LA LUCE**

7 Rue de Blanc  
80170 Caix

Tél. : 03 22 88 05 00 – Fax : 03 22 88 14 88

E-mail : [contact@residencevalleedelaluce.fr](mailto:contact@residencevalleedelaluce.fr)

Site Internet : <http://www.residencevalleedelaluce.fr>

**Conseil Général de la Somme**

1bd duPort  
80000 AMIENS.  
Tél : 03 22 97 23 18;

**Agence Régionale de Santé**

52, rue Daire  
CS 73706  
80037 Amiens Cedex 1  
Tél : 03 22 97 09 70

**Les « personnes qualifiées »**, médiateurs externes, nommées conjointement par le directeur de l'ARS et le président du conseil général, ont pour mission, sans pouvoir de contrainte, de trouver des solutions par le dialogue aux conflits entre les résidents et l'établissement. Leurs coordonnées, ainsi que les modalités pour y recourir, peuvent être communiquées par les autorités compétentes ci-dessus.

**Caisse d'Allocation Familiales d'Amiens**

9 bd Maignan Larivière  
80022 Amiens Cedex 9  
Tél : 0 810 25 60 80

**Tribunal d'Instance d'Amiens:**

14 rue Robert de Luzarche  
80027 AMIENS CEDEX 1  
Tél : 03-22-82-45-00

**Direction Départementale de la Concurrence de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DDCCRF) de la Somme**

43 avenue d'Italie  
80094 Amiens CEDEX 3  
Tél : 03.22.33.29.80

**Maire de Caix**

Place du 8 Mai  
80170Caix  
Tél : 03 22 88 29 00

**Centre de Santé référent :**

Hôpital de Montdidier  
25, rue Amand de Vienne  
80500 Montdidier  
Tél : 03 22 78 70 00

**Résidéal Santé**  
23 rue d'Antin  
75 002 PARIS  
Tél : 01 44 86 01 00

### **Les Cultes dans le secteur de Caix**

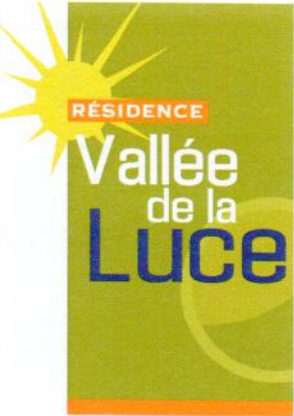
**Catholique**  
Paroisse de Saint Omer  
12, avenue des déportés  
80170 Rosières en Santerre  
03 22 88 04 27

**Israélite**  
Rue de la Barrette  
80000 Amiens

**Protestant Évangélique**  
21B avenue Clémenceau  
80300 Albert  
06 44 00 93 07

Résidence Hotoie Tivoli-Bâtiment C7  
1 allée Cressonnière  
80000 Amiens  
03 22 89 45 00

**Musulman**  
Mosquée  
19, avenue de L'Europe  
80000 AMIENS  
03.22.52.33.48



## *Nos Tarifs*

Tarif hébergement fixé au 1er Janvier 2014, revalorisé chaque année en fonction du taux d'augmentation accordé par arrêté ministériel.

- Chambre individuelle : 64.50 €\*  
- Chambre double : 52.50 €\*

Tarifs afférents à la dépendance fixés par le Conseil Général par arrêté du :  
30 janvier 2014

- GIR 1 et 2 : 14.99 €\*  
GIR 3 et 4 : 9.05 €\*  
GIR 5 et 6 : 3.76 €\*

Tarif repas visiteur : 11.20 € (tva 10%)  
(menu du jour servi en salle à manger ou en chambre)

Tarif repas Fête : 18.50 €

Tarifs prestations linge : (t.v.a. 20 %)

Entretien : 63,85 € par mois

Achat 150 étiquettes de marquage : 19 €

Couture des étiquettes de marquage : 25,50 €

Ouverture de ligne téléphonique : 20,50 € (t.v.a. 20 %)

Abonnement téléphonique : 13,20 € par mois (t.v.a. 20 %).

+ Refacturation des consommations selon utilisation.

7 Rue de Blanc  
80170 Caix  
Tél. : 03 22 88 05 00  
Fax : 03 22 88 14 88  
contact@residencevalleedelaluce.fr

S.A.S. au capital de 2 500 001 €  
752 099 465 R.C.S. Amiens

\*dont T.V.A. 5,5 %.

1 Euro = 6,55957 francs.



N° 14732\*01

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé  
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

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

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

**RESERVE A L'ETABLISSEMENT**

## INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

**La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.**

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

- ° UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)
- ° UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

**CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.**

**CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :**

- ° LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- ° LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

**NB :** POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Vit maritalement  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf (ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI  NON  En cours

Si oui, laquelle : Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint ...) :

## ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email

**A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT** (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

**PERSONNE DE CONFIANCE**

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

**SI OUI :**

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

**DEMANDE**

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent  Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité OUI  NON

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire \_\_\_\_\_

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

Domicile  Chez enfant/Proche  Logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD / SAD<sup>1</sup>  Accueil de jour

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI  NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI  NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

**COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

La personne concernée elle-même OUI  NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter<sup>(1)</sup>

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

<sup>1</sup> SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter<sup>(2)</sup>

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

## ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule  Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI  NON  Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI  NON  Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie\* OUI  NON  Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI  NON

## COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT  DANS LES 6 MOIS  ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée  
ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

\*Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

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

**DOCUMENT 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 (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
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		
Gastrostomie		
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