

Veuillez remplir ce formulaire de manière précise

DONNEES PERSONNELLES

Nom..... Prénom

Date de naissance Adresse.....

NPA, Lieu

Commune de domicile Depuis le

No. de téléphone No. AVS.....

Nom/prénom du conjoint

Noms/prénoms du père et de la mère.....

Lieu de naissance Confession

Origine..... Nationalité

Etat civil Marié(e) Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Mode de vie Vivant seul Conjoint vivant dans la même maison

Ancienne profession

Provenance Domicile Hôpital (précisez le lieu) Autre.....

Chambre : 1 lit 2 lits TV Téléphone RC Matériel de toilette Coiffeur

Dentiste Hygiéniste dentaire Pédicure prescription médicale Argent poche

Accord pour vaccin saisonnier contre la grippe

REPRESENTANT administratif et/ou thérapeutique (Facturation, principal contact)

Nom/prénom

Adresse, NPA, Lieu

Téléphone privé..... Téléphone prof.

Téléphone mobile..... E-mail.

Lien de parenté Epoux(se) Fils (fille) Représ.légal Autre

Adressage de la facture et du courrier administratif oui non

AUTRES CONTACTS / représentant administratif oui non et/ou thérapeutique oui non

Nom/prénom

Adresse, NPA, Lieu

Téléphone privé..... Téléphone prof.

Téléphone mobile..... E-mail.

Lien de parenté Epoux(se) Fils (fille) Représ.légal Autre

Adressage de la facture et du courrier administratif oui non

DONNEES COMPLEMENTAIRES

Caisse Maladie..... N° d'assuré

Adresse complète.....

Assurance complémentaire N° d'assuré

Adresse complète.....

Assurance Accident N° d'assuré

Adresse complète.....

Assurance RC

Médecin traitant (le résidant peut faire appel à son médecin traitant si celui-ci se déplace à l'EMS du résidant)

Nom..... Prénom.....

Adresse, NPA, Lieu.....

No. de téléphone.....

Pharmacie

Nom de la pharmacie

Adresse, NPA, Lieu

No. de téléphone

Montant de votre rente AVS

Recevez-vous des Prestations Complémentaires AVS ? Oui Non

Recevez-vous une Rente d'Impotence ? Oui Non Demande en cours

Recevez-vous d'autres rentes, pensions ou revenus ? Oui Non

Si oui, lesquels Montant

Documents à joindre à la demande

- ☐ Copie du livret de famille ou certificat individuel d'état civil
- ☐ Copie de la carte d'assuré caisse maladie de base et/ou complémentaire
- ☐ Copie de la carte d'identité, permis d'établissement, passeport
- ☐ Attestation de domicile
- ☐ Copie de la décision pour rente d'impotence (si accordée)
- ☐ Copie de la procuration si vous avez un représentant légal
- ☐ Copie de la décision de curatelle (si existante)
- ☐ Copie de la police d'assurance RC

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Date : Signature :

La demande d'admission ne sera prise en considération que si elle est complète et accompagnée de tous les documents demandés.