

Degré d'urgence :

Entrée urgente ☐ / entrée dans 1 mois ☐ / entrée dans les 3 mois ☐ /
entrée dans les 6 mois ☐ / être inscrit sur la liste d'attente pour être
prioritaire en cas de besoin ☐ / autre ☐

DEMANDE D'ADMISSION POUR UN LONG SEJOUR EN EMS

Veillez remplir ce formulaire de manière précise

DONNEES PERSONNELLES

Nom..... Prénom

Date de naissance Adresse.....

NPA, Lieu

Commune de domicile.....Depuis le

No. de téléphoneNo. 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.