

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  | DEMANDE D'ADMISSION |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|

Résident(e) :

| | |
|---------------------|-------------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Localité : | Rue : |
| Paroisse : | Origine : |
| Papiers déposés à : | Né(e) le + localité : |
| Etat civil : | Confession : |
| N° AVS : | Nom de jeune fille : |
| Téléphone : | Dans le canton depuis : |

Personne de référence ou Répondant :

| | |
|------------------|-------------------|
| (1) Nom : | Prénom : |
| Adresse : | |
| Téléphone : | Lien de parenté : |
| (2) Nom : | Prénom : |
| Adresse : | |
| Téléphone : | Lien de parenté : |

Hébergement :

- Chambre à 1 lit avec lavabo (avec supplément de prix)
- Chambre à 2 lits avec lavabo
- Mobilier : Je souhaite prendre quelques meubles (à l'exception du lit)
- Je préfère que la Résidence du Léman équipe ma chambre
- Linge : Je me charge du marquage de mon propre linge
- Je demande à la Résidence du Léman de marquer mon propre linge
- Entretien du linge par l'EMS : oui non
- En cas de besoin, possibilité de service pressing ?
(soie, laine, cashmere etc.) oui non

Admission :

Je sollicite une admission : temporaire définitive

| |
|---------------------------------------------------------------|
| A quelle date souhaitez-vous entrer à la Résidence du Léman : |
|---------------------------------------------------------------|

Renseignements financiers :

Etes-vous au bénéfice des prestations complémentaires ? : oui non

Etes-vous au bénéfice d'une allocation d'impotence ? oui non

Pensez-vous déposer une demande de PC ? oui non

Répondant, personne de référence ou représentant légal (tuteur ou curateur) chargé de payer la facture

(souligner ce qui convient)

| | |
|---------------------------------------------|---------------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | |
| Téléphone privé : | Téléphone professionnel : |
| Nom et adresse de la caisse maladie : | |
| N° de carte d'assuré et date d'expiration : | |

Santé :

| | |
|-----------|-------------|
| Docteur : | Téléphone : |
|-----------|-------------|

Actuellement vous vivez : A domicile A l'hôpital

Etes-vous suivi(e) par un service de soins à domicile oui non

Autonomie :

Votre état de santé nécessite-t-il des soins ? : oui non

| |
|-------------------|
| Si oui lesquels : |
|-------------------|

Pouvez-vous faire votre toilette seul(e) ? : oui non avec aide

Pouvez-vous vous habillez seul(e) ? : oui non avec aide

Pouvez-vous marcher seul(e) ? : oui non avec aide

Pouvez-vous manger seul(e) ? : oui non avec aide

Suivez-vous un régime ? : oui non

| |
|-------------------|
| Si oui lequel ? : |
|-------------------|

Lieu et date :

Signature :