



# Demande d'admission

## Données administratives

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Confession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ NPA/Lieu : \_\_\_\_\_

Domicile fiscal : \_\_\_\_\_ Depuis le : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Originaire de : \_\_\_\_\_ Pays/canton : \_\_\_\_\_

Actuellement séjournez-vous ?

à votre domicile  à l'hôpital  dans une autre institution

Etat civil :

Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Célibataire

Depuis quand êtes-vous marié(e), Veuf(ve) ou Divorcé(e) ? \_\_\_\_\_

## Représentation

Avez-vous un représentant légal ?  Oui  Non

Si oui, s'agit-il d'un ?

Membre de la famille  Curateur

Les factures et le courrier doivent être adressés à ?

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ NPA/Lieu : \_\_\_\_\_

Tél. privé : \_\_\_\_\_ Tél. prof. : \_\_\_\_\_

Tél. mobile : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

La personne indiquée ci-dessus est ?

Epoux/Epouse  Fils/Fille  Neveu/Nièce  Cousin/Cousine  Autre :



## Logement souhaité

Chambre à 1 lit       Chambre à 2 lits

## Médecin / Pharmacie

### Médecin actuel

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ NPA/Lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Médecin traitant actuel

Nom du médecin\* : \_\_\_\_\_

Le choix d'un médecin personnel ne peut être uniquement accepté que si celui-ci accepte de se déplacer au home.

## Pharmacie

Pharmacie Ayent       Pharmacie Grimisuat

## Caisse maladie

Caisse maladie : \_\_\_\_\_ N° d'assuré : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ NPA/Lieu : \_\_\_\_\_

## Caisse AVS

Caisse-rente AVS : \_\_\_\_\_ N° AVS : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ NPA/Lieu : \_\_\_\_\_



## Allocation pour impotent

Une demande est-elle envisagée ?  Oui  Non

Une demande a-t-elle été déposée ?  Oui  Non

Une décision a-t-elle été émise ?  Oui  Non

Si allocation accordée, à quelle date ?

Quel type d'allocation ?  lourd  moyen  léger

### A remplir par les soins

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

## Prestations complémentaires

Êtes-vous bénéficiaire de prestations complémentaires ?  Oui  Non

**Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## A joindre :

- Copie du livret de famille
- Copie de la carte de la caisse-maladie
- Copie de la carte d'identité
- Attestation de domicile
- Autorisation d'allocation pour impotent dûment signée impérativement par le résident
- Copie de la décision d'allocation pour impotent (si accordée)
- Copie de la décision de la chambre pupillaire (ou procuration)

### A remplir par le secteur des soins

Pharmacie : \_\_\_\_\_ N° de chambre : \_\_\_\_\_

Date d'entrée : \_\_\_\_\_ Provenance : \_\_\_\_\_

Prix de pension : \_\_\_\_\_

Contrat  Livret de famille  Carte caisse maladie  Attestation de domicile