

Demande d'Admission

Pour être validée, la demande doit être complète



Home "Beaulieu"
Place Beaulieu 2b
3960 Sierre
Tél : 027/451.29.00



EMS "Le Christ-Roi"
Case postale 42
1978 Lens
Tél : 027/484.26.00



Maison de retraite "Le Carillon"
Rue des Ecoles 20
1958 St-Léonard
Tél : 027/205.65.00



Foyer Saint-Joseph
Montée du Château 21-23
3960 Sierre
Tél. 027/455 5 455



Home "Les Jasmins"
3966 Chalais
Tél : 027/459.29.00

Veillez indiquer votre(vos) préférence(s) du ou des établissements:

1 étant votre choix préféré, ***2*** étant votre deuxième choix, ainsi de suite jusqu'à 5.
Au minimum, le choix d'un établissement est impératif.

*Par contre il n'est pas nécessaire de compléter la liste jusqu'au 5ème choix.
Remettez cette demande d'admission originale à l'établissement de votre 1er choix!*

Aucune autre démarche n'est nécessaire pour vous!

Nous nous chargeons de transmettre une copie de votre demande aux autres

Données administratives

Nom & Prénom :	N. Jeune Fille :
Domicile rue :	NP, Lieu :
Commune de domicile :	depuis le :
Prénom du conjoint :	Num. de téléphone :
Prénom : du père	de la mère
Nom jeune fille de la maman :	Nationalité :
Date de naissance :	Profession :
Originaire :	N° AVS :
Lieu de naissance :	Médecin traitant :
Confession :	Pharmacie :
Paroisse :	
Etat Civil	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	
Où vivez-vous actuellement ? (domicile, hôpital, clinique)	
Eventuellement N° téléphone, natel :	
Eventuellement e-mail :	@

Représentation		
Avez-vous un représentant légal ?	<input type="checkbox"/> = Oui	<input type="checkbox"/> = Non
Si oui, s'agit-il d'un :	<input type="checkbox"/> = Conseiller légal	<input type="checkbox"/> = Curateur <input type="checkbox"/> = Tuteur
Nom & prénom du représentant légal :		
Adresse :		
NPA, Lieu :		
Tél. privé :	Tel. prof.	Natel :
Adresse e-mail :		@
Les factures & le courrier administratif seront adressés au repr. légal indiqué ci-dessus :		<input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non
Dans la négative, indiquez ci-dessous, dans la partie "Adressage..." la personne responsable de la partie administrative. (1 personne au maximum)		

Répondant Principal	<i>Adresse de la Parenté</i>
Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
Adresse :	Adresse :
NPA, Lieu :	NPA, Lieu :
Tél. privé : Tel. prof.	Tél. privé : Tel. prof.
Natel : Relation de famille :	Natel : Relation de famille :
Adressage de la facture & courrier administratif <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non	Adressage de la facture & courrier administratif <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non

Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
Adresse :	Adresse :
NPA, Lieu :	NPA, Lieu :
Tél. privé : Tel. prof.	Tél. privé : Tel. prof.
Natel : Relation de famille :	Natel : Relation de famille :
Adressage de la facture & courrier administratif <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non	Adressage de la facture & courrier administratif <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non

Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
Adresse :	Adresse :
NPA, Lieu :	NPA, Lieu :
Tél. privé : Tel. prof.	Tél. privé : Tel. prof.
Natel : Relation de famille :	Natel : Relation de famille :
Adressage de la facture & courrier administratif <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non	Adressage de la facture & courrier administratif <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non

AUTORISATION

Le (la) soussigné(e) autorise la Caisse de compensation AVS compétente
ou l'office AI du canton du Valais à communiquer au :

- EMS "Le Christ-Roi" Maison de retraite "Le Carillon" Foyer Saint-Joseph
 Home "Beaulieu" Home "Les Jasmins"

une copie des décisions de rente d'invalidité, d'allocation pour impotent,
ainsi que des prestations complémentaires qui seraient établies en faveur
de :

Nom & prénom :

Date de naissance :

N° AVS :

Date : _____

Signature : _____

02.96/221/cd

Données administratives (suite)

Chambre désirée :	<input type="checkbox"/> = 1 Lit	<input type="checkbox"/> = 2 Lits		
Options supplémentaires uniquement pour St-Joseph :	A choix : 0 = Ancien Bâtiment			
	0 = Studio (uniquement Ancien Bâtiment)	0 = Nouveau Bâtiment		
Entrée souhaitée :	<input type="checkbox"/> = Dans les meilleurs délais	<input type="checkbox"/> = 6 mois	<input type="checkbox"/> = 1 An	<input type="checkbox"/> = 1 An & +

Caisse-Maladie :	
Rue, NP, Lieu :	Tel :
N° d'Assuré :	Assurance complémentaire :

Nom de la Caisse qui verse les rentes AVS :				
Numéro* de la Caisse qui verse les rentes AVS :				
*Le numéro est indiqué dans les dernières pages de l'annuaire téléphonique				
Rente d'Impotence	Ce Jour		A remplir le jour de l'entrée par la direction	
Une demande est-elle envisagée ?	<input type="checkbox"/> = Oui	<input type="checkbox"/> = Non	<input type="checkbox"/> = Oui	<input type="checkbox"/> = Non
Une demande a-t'elle été déposée ?	<input type="checkbox"/> = Oui	<input type="checkbox"/> = Non	<input type="checkbox"/> = Oui	<input type="checkbox"/> = Non
Une décision a-t'elle été émise ?	<input type="checkbox"/> = Oui	<input type="checkbox"/> = Non	<input type="checkbox"/> = Oui	<input type="checkbox"/> = Non
Si décision positive, depuis le	Type de Rente : 0 = lourd 0 = moyen 0 = léger			

Prestations complémentaires (PC)
Êtes vous bénéficiaire de prestations complémentaires ? <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.	
Date :	Signature :

- A joindre : Copie ou double de la carte d'assuré caisse maladie
 Attestation de domicile

<i>A remplir par la Direction</i>	
Memento Remis à la Famille = 0 ok	Chambre N° : Arrangement :
Venant de : Date d'arrivée :	Prix Pension :
Distribution du courrier :	Paiement Facture :
En cas de péjoration, Nom & Prénom de la personne de contact :	
Heures d'appel :	
<input type="checkbox"/> Contrat HB	<input type="checkbox"/> Procuration <input type="checkbox"/> Autorisation RI <input type="checkbox"/> Directives Anticipées