

## Demande d'Admission

*Pour être validée, la demande doit être complète*



EMS "Le Christ-Roi"

Case postale 42

1978 Lens

Tél : 027/484.26.00

Association Beaulieu



Home "Beaulieu"

Place Beaulieu 2b

3960 Sierre

Tél : 027/451.29.00



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

*S'il vous plaît, cochez l'établissement de votre choix*

### 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 :	@

<b>Représentation</b>			
Avez-vous un représentant légal ?		0 = Oui	0 = Non
Si oui, s'agit-il d'un :		0 = Conseiller légal	0 = Curateur      0 = 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 représentant légal indiqué ci-dessus		0 = Oui	0 = Non
Dans la négative, indiquez ci-dessous, dans la partie "Adressage..." la personne responsable de la partie administrative. (1 personne au maximum)			

Répondant Principal		Adresse de la Parenté	
Nom, Prénom :		Nom, Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
NPA, Lieu :		NPA, Lieu :	
Tél. privé :		Tel. prof.	Tél. privé :
Natel :		Relation de famille :	
Adressage de la facture & courrier administratif		0 = Oui	0 = Non
Adressage de la facture & courrier administratif		0 = Oui	0 = Non

Nom, Prénom :		Nom, Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
NPA, Lieu :		NPA, Lieu :	
Tél. privé :		Tel. prof.	Tél. privé :
Natel :		Relation de famille :	
Adressage de la facture & courrier administratif		0 = Oui	0 = Non
Adressage de la facture & courrier administratif		0 = Oui	0 = Non

Nom, Prénom :		Nom, Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
NPA, Lieu :		NPA, Lieu :	
Tél. privé :		Tel. prof.	Tél. privé :
Natel :		Relation de famille :	
Adressage de la facture & courrier administratif		0 = Oui	0 = Non
Adressage de la facture & courrier administratif		0 = Oui	0 = 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 : \_\_\_\_\_

## Données administratives (suite)

Chambre désirée :	0 = 1 Lit	0 = 2 Lits		
Options supplémentaires uniquement pour St-Joseph :			A choix : 0 = Ancien Bâtiment	
	0 = Studio (uniquement Ancien Bâtiment)		0 = Nouveau Bâtiment	
Entrée souhaitée :	0 = Dans les meilleurs délais	0 = 6 mois	0 = 1 An	0 = 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 :				
<i>*Le numéro est indiqué dans les dernières pages de l'annuaire téléphonique</i>				
Rente d'Impotence	Ce Jour		A remplir le jour de l'entrée par la direction	
Une demande est-elle envisagée ?	0 = Oui	0 = Non	0 = Oui	0 = Non
Une demande a-t'elle été déposée ?	0 = Oui	0 = Non	0 = Oui	0 = Non
Une décision a-t'elle été émise ?	0 = Oui	0 = Non	0 = Oui	0 = Non
Si décision positive, depuis le	Type de Rente : 0 = lourd 0 = moyen 0 = léger			

Prestations complémentaires (PC)		
Êtes vous bénéficiaire de prestations complémentaires ?	0 = Oui	0 = 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>		
Mémento 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 :		