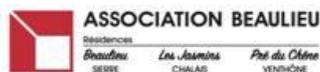


# Demande d'Admission

*Pour être validée, la demande doit être complète*



Résidence Beaulieu  
Place Beaulieu 2b  
3960 Sierre  
Tél. : 027/451 2900



Résidence Les Jasmins  
Route de l'église 8  
3966 Chalais  
Tél. : 027/459 2900



Résidence Pré du Chêne  
Route de Montana 13  
3973 Venthône  
Tél. : 027/459 2750



EMS Le Christ-Roi  
Route de la Moubra 87  
3963 Crans-Montana  
Tél. : 027/484 2600



Maison de retraite  
Le Carillon  
Rue des Ecoles 20  
1958 St-Léonard  
Tél. : 027/205 6500



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



Résidence Plantzette  
p/Centre médico-social  
rég.  
Hôtel de Ville - CP 280  
3960 Sierre  
Tél. : 027/455 5151

**Veillez indiquer votre(vos) préférence(s) d'un ou des établissements:**

*1 étant votre choix préféré, 2 étant votre deuxième choix, ainsi de suite jusqu'à 7.*

*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 établissements de votre choix avec les documents annexes.*

## 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 ? <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non		
Si oui, s'agit-il d'un : <input type="checkbox"/> = Curateur <input type="checkbox"/> =		
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 <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)		

<b>Répondant Principal</b>	<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 :
1ère adresse e-mail pour suivi de cette demande  @	Eventuel. 2ème adresse e-mail pour suivi de cette demande  @
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  
 Résidence Beaulieu     Résidence Les Jasmins     Résidence Pré du Chêne  
 Résidence Plantzette

à prendre les renseignements nécessaires auprès de l'Office cantonal AI du Valais  
et de la Caisse de compensation compétente dans le cadre de l'allocation pour  
impotent AVS et AI et à recevoir des copies des décisions concernant l'allocation  
pour impotent AVS et AI (respectivement des décisions sur opposition)

Nom & prénom :

Date de naissance :

N° AVS :

Signature de la personne assurée :

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

\_\_\_\_\_

évt. signature du représentant légal

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

\_\_\_\_\_

Si une signature n'est pas possible en raison de problèmes de santé, un certificat  
médical doit être annexé.

La présente autorisation est en vigueur jusqu'à son annulation par le mandant.

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"/> = Entrée immédiate, disponible à rentrer dans les 7 jours à la réception de la demande	<input type="checkbox"/> = Dans les meilleurs délais: <input type="checkbox"/> = Pré réservation

Caisse-Maladie :	
Rue, NP, Lieu :	Tel :
N° d'Assuré :	Assureur p/ass. complémentaire :
No d'identification de la carte	

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 (ou initiales de la personne qui s'inscrit) :

- 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 :
<b>En cas de péjoration, Nom &amp; Prénom de la personne de contact :</b>	
<b>Heures d'appel :</b>	
<input type="checkbox"/> Contrat HB	<input type="checkbox"/> Procuration <input type="checkbox"/> Autorisation RI <input type="checkbox"/> Directives Anticipées