

Type de demande

- Durée du séjour  Court séjour  Long séjour  
Priorité d'admission  Urgente  Non urgente  Inscription préventive

Données administratives de la personne

Nom: ..... Prénom: .....

Date de naissance: ..... Confession: .....

Adresse: ..... NP, localité: .....

N° tél.: ..... N° AVS: .....

Domicile fiscal (si différent du domicile), depuis le: .....

Originaire de (commune/canton/pays): .....

Profession (exercée avant la retraite): .....

Etat civil:

marié·e depuis le .....  divorcé·e depuis le .....

veuf·ve depuis le .....  autre .....

célibataire

Conjoint·e:

Nom et prénom du conjoint: .....

Adresse du conjoint (si différent de ci-dessus): .....

Tél. du conjoint (si différent de ci-dessus): .....

Actuellement séjournez-vous:

- à votre domicile  à l'hôpital  dans une autre institution



### Répondant administratif

Avez-vous un répondant administratif?  Oui  Non  
Si oui, s'agit-il d'un  proche (joindre la procuration)  curateur (joindre la décision)

Nom: ..... Prénom: .....

Adresse: ..... NP, localité: .....

Tél. privé: ..... Tél. prof.: .....

La personne indiquée ci-avant est

Epoux  Epouse  Fils  Fille  Autre: .....

La facture et la correspondance de l'EMS doivent être envoyées au/à la

résident·e  répondant·e administratif·ve ci-avant

Le courrier postal du résident doit être distribué au/à la

résident·e  répondant·e administratif·ve ci-avant

### Personne de contact pour les soins

Nom: ..... Prénom: .....

Adresse: ..... NP, localité: .....

Tél. privé: ..... Tél. prof.: .....

Tél. mobile: ..... E-mail: .....

La personne indiquée ci-dessus est

Epoux  Epouse  Fils  Fille  Autre: .....



### Foyer souhaité

#### 1er choix (\* = pas d'accueil en court séjour)

Tous les foyers

Charrat       Fully       Grimisuat\*       Leytron       Saillon\*

#### 2<sup>e</sup> choix (\* = pas d'accueil en court séjour)

Tous les foyers

Charrat       Fully       Grimisuat\*       Leytron       Saillon\*

### Médecin actuel

Nom: ..... Prénom: .....

Adresse: ..... NP, localité: .....

Tél.: .....

Désirez-vous conserver votre médecin actuel?       Oui       Non

(Le choix d'un médecin personnel est accepté si celui-ci se déplace à l'EMS du résident)

### Pharmacie désirée

Pharmacie de Charnot à Fully       Pharmacie de Leytron

Pharmacie des Crêtes à Grimisuat       Pharmacie de Saillon

Pharmacie Von Roten à Fully

Autre (uniquement pour les courts séjours):

### Caisse maladie

Nom de la caisse: ..... N° d'assuré: .....

Adresse/NPA/Lieu: .....

### Caisse de compensation

Nom de votre Caisse de compensation .....

Coordonnées de la caisse .....



**Allocation pour impotent**

Une demande a-t-elle été déposée?  Oui  Non  
Une allocation a-t-elle été accordée?  Oui  Non  
> Si oui, par  AVS  AI  
L'allocation accordée est de degré d'impotence  Faible  Moyenne  Grave

**Prestations complémentaires**

Etes-vous bénéficiaire de prestations complémentaires accordées par l'AVS ou l'AI?  
 Oui  Non

**Enfants**

Nombre d'enfants:.....

Nom, prénom, adresse, domicile et téléphone

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

Date: ..... Signature: .....

La demande d'admission doit être complétée intégralement et les « Documents à joindre » complets pour que la demande puisse être prise en considération.



### Documents à joindre

- Copie du livret de famille (pour les célibataires, séparés et divorcés «certificat individuel d'état civil»)
- Copie de la carte de la caisse maladie (recto/verso)
- Attestation de domicile
- Détermination de la participation des assurés aux coûts des soins (attestation fortune) <sup>1</sup>
- Copie de la dernière «Décision de taxation» d'impôts <sup>2</sup>
- Copie de la décision d'allocation pour impotent (si accordée)
- Copie de la décision de l'Autorité de protection (curatelle) si existante
- Si vos affaires administratives sont gérées par un proche, joindre une copie de la procuration
- Copie de la police d'assurance RC

### A remplir par le secteur des soins

Données ci-dessus vérifiées le \_\_\_\_\_ vérifiées par (visa) : \_\_\_\_\_

Remarque

---

---

---

---

<sup>1</sup> Non nécessaire pour les demandes de court séjour

<sup>2</sup> Non nécessaire pour les demandes de court séjour

