

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^e 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) ¹
- Copie de la dernière «Décision de taxation» d'impôts ²
- 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

¹ Non nécessaire pour les demandes de court séjour

² Non nécessaire pour les demandes de court séjour

