

# Demande d'Admission Long Séjour

## Résident(e) :

|   |                            |                            |  |
|---|----------------------------|----------------------------|--|
| Nom et Prénom :   |                            | Nom de jeune Fille :       |  |
| Date de naissance :   |                            | N° AVS :                   |  |
| Localité :  |                            | Rue :                      |  |
| Etat civil :  | Origine :                  | Lieu de naissance :        |  |
| Nom, Prénom du conjoint, p/conjointe nom de jeune fille :   |                            |                            |  |
| Lieu de naissance :   |                            |                            |  |
| Date du mariage :   |                            | Date du veuvage, divorce : |  |
| Nom et prénom du père :   |                            | Nom et prénom de la mère : |  |
| Confession :  | Pratiquant :<br>Paroisse : | Ex professions :           |  |
| Entrée souhaitée : <input type="checkbox"/> Dans les meilleurs délais <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 1 an et plus |                            |                            |  |

## Adresse de facturation :

|                    |                         |
|--------------------|-------------------------|
| Nom et Prénom :    | Lien avec le résident : |
| Adresse complète : |                         |
| Adresse E-Mail :   |                         |
| Tél. privé :       | Tél. autre :            |

## Réfèrent de famille : *(un accusé de réception de la présente demande sera envoyé au réfèrent de famille)*

|                    |                         |
|--------------------|-------------------------|
| Nom et Prénom :    | Lien avec le résident : |
| Adresse complète : |                         |
| Adresse E-Mail :   |                         |
| Tél. privé :       | Tél. autre :            |

**Arrhes : Fr. 5'000.-- à nous verser AVANT l'entrée du résident**

## Hébergement :

- Je souhaite une chambre à  1 lit (commune de Collombey-Muraz) Fr. 135.00  
 1 lit (hors commune) Fr. 145.00
- Je souhaite  TV  Téléphone
- Mon linge est marqué :  Oui  Non
- Je sollicite une admission  Temporaire  Indéterminée

Veuillez tourner svp

## Renseignements financiers :

Je suis au bénéfice des prestations complémentaires :  Oui  Non  En cours

| Rente d'impotence                  | Ce jour   |                              | A l'entrée                   |                              |
|------------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 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 : <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Grave |                              |                              |                              |

Où vivez-vous actuellement ?  A domicile  A l'hôpital (précisez le lieu) .....

Nom et prénom de la personne qui s'est occupée de vous durant les 2 dernières années :  
(CMS ou personne de la famille)

.....  
.....

## Votre suivi médical à la résidence :

Votre médecin traitant assurera votre suivi :  Oui  Non

Nom du médecin traitant :

|                 |        |
|-----------------|--------|
| Nom et Prénom : | Tél. : |
| Adresse :       |        |

**Pharmacie de la Résidence la Charmaie : SunStore, Centre commercial de Collombey**

## Votre caisse maladie :

|            |        |
|------------|--------|
| Nom :      | Tél. : |
| Adresse :  |        |
| Votre n° : |        |

## Votre état de santé :

Je marche  Oui  Non      Moyen auxiliaire :

Je mange seul(e)  Oui  Non      Régime :

Je me lave seul(e)  Oui  Non      Qui m'aide ?

Je m'habille seul(e)  Oui  Non      Qui m'aide ?

Cette demande d'admission n'engage d'aucune manière la personne qui signe ce document et ne donne pas de garantie d'une future prise en charge à la Résidence La Charmaie.

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

Date :

Signature :