

# Inscription 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 : 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 :

## Référent de famille :

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

**Arrhes : Fr. 4'000.-- à nous verser AVANT l'entrée du résident**

## Hébergement :

- Je souhaite une chambre à
  - 1 lit commune Fr. 130.00
  - 1 lit hors commune Fr. 140.00
- 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 ?**

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

Date :

Signature :