LA CHARMAIE
RÉSIDENCE

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 :** **Paroisse :**	**Ex professions :**
Entrée souhaitée : ☐ **Dans les meilleurs délais** ☐ **6 mois** ☐ **1 an** ☐ **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 *: (un accusé de réception de la présente demande sera envoyé au référent 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. 139.00**
  ☐ **1 lit (hors commune)** **Fr. 149.00**
- **Je souhaite** ☐ **TV** ☐ **Téléphone**
- **Mon linge est marqué :** ☐ **Oui** ☐ **Non**
- **Je sollicite une admission** ☐ **Temporaire** ☐ **Indéterminée**

Veuillez tourner svp

LA CHARMAIE
RÉSIDENCE

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 ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Une demande a-t-elle été déposée ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Une décision a-t-elle été émise ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Si décision positive, depuis le	Type de Rente : □ Moyenne	□ 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 :**