



Renseignements financiers :

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

Rente d'allocation pour impotent :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, copie de décision de la 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 :	

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 ?

Merci de bien vouloir nous remettre les documents suivants :

- une copie de la carte d'identité
- une copie de la carte d'assurance maladie
- une copie de la décision d'allocation impotence (si versement)
- Une déclaration de domicile

Informations

Il est possible de répéter les courts séjours tout au long de l'année pour une durée totale de 4 mois. Selon les directives cantonales, les lits de court séjour exigent un retour à domicile. Les courts séjours peuvent être de 7 jours minimum et 60 jours maximum. Les séjours doivent être espacés d'une durée d'un mois.

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 :