

## DEMANDE D'ADMISSION LONG SÉJOUR

### Données administratives

<b>Nom :</b>		<b>Prénom :</b>	
Date de naissance :		Lieu de naissance :	
État civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) dès le :			
Commune de domicile (adresse) :			
Téléphone :		E-mail :	
Commune d'origine :		Confession :	
Nom, prénom et origine de votre conjoint :			
Nom et prénom du père :		Nom et prénom de la mère :	
Nom de jeune fille de la mère :			
N° AVS : 756.		Nom et adresse de la caisse AVS :	
Caisse maladie/accident :		N° d'assuré :	
Êtes-vous au bénéfice de prestations complémentaires ?			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Recevez-vous d'autres revenus (rente LPP, pension) ?			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Êtes-vous au bénéfice d'une allocation pour impotent ?			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, quel type d'allocation ? (Merci de nous joindre une copie de la décision)		<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> grave	
Avez-vous un représentant administratif ?			
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Curateur	<input type="checkbox"/> Famille/proche	<input type="checkbox"/> Mandataire
Si oui, nom prénom et adresse :			
Avez-vous un représentant thérapeutique ?			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, nom prénom et adresse :			
La facture du home sera payée par ? (Responsable du paiement)			
Nom, prénom et adresse :			

## Vie sociale et santé

Votre médecin traitant assurera votre suivi			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom et Prénom :		Téléphone :	
Adresse :			
Pharmacies du Home des Tilleuls :			
<input type="checkbox"/> Sun Store MCentral	<input type="checkbox"/> Amavita Raboud	<input type="checkbox"/> Benu	<input type="checkbox"/> De Lavallaz
Entrée au home souhaitée :			<input type="checkbox"/> de suite <input type="checkbox"/> à convenir
Marquage du linge à prévoir :			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom et prénom de vos enfants :	Adresse :	Tél. privé :	Email :
Nom et prénom de vos frères/sœurs :	Adresse :	Tél. privé :	Email :

## Hébergement

Je désire résider dans :	
<input type="checkbox"/> Une chambre à 2 lits	<input type="checkbox"/> Une chambre individuelle

Avant mon admission, je souhaite visiter le Home « Les Tilleuls »

**Garantie : CHF 5'000.- à nous verser à l'entrée du résident**

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

Date :

Signature :