

Données administratives (suite)

Chambre désirée :	<input type="checkbox"/> = 1 Lit	<input type="checkbox"/> = 2 Lits
Options supplémentaires uniquement pour St-Joseph :		A choix : 0 = Ancien Bâtiment
0 = Studio (uniquement Ancien Bâtiment)		0 = Nouveau Bâtiment
Entrée souhaitée <input type="checkbox"/> =	Entrée immédiate, disponible à rentrer dans les 7 jours à la réception de la demande	<input type="checkbox"/> = Dans les meilleurs délais <input type="checkbox"/> = Pré réservation

Caisse-Maladie :	
Rue, NP, Lieu :	Tel :
N° d'Assuré :	Assureur p/ass. complémentaire :
No d'identification de la carte	8 0 7 5

Nom de la Caisse qui verse les rentes AVS :			
Numéro* de la Caisse qui verse les rentes AVS :			
*Le numéro est indiqué dans les dernières pages de l'annuaire téléphonique			
Rente d'Impotence	Ce Jour	A remplir le jour de l'entrée par la direction	
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	1 janv. 21	Type de Rente :	<input type="checkbox"/> = lourd <input type="checkbox"/> = moyen <input type="checkbox"/> = léger

Prestations complémentaires (PC)
Êtes vous bénéficiaire de prestations complémentaires ? <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non

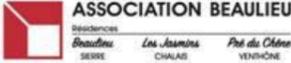
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.	
Date :	1 janv. 21
Signature (ou initiales de la personne qui s'inscrit) :	

- A joindre :  Copie ou double de la carte d'assuré caisse maladie  
 Attestation de domicile

<i>A remplir par la Direction</i>	
Memento Remis à la Famille = <input type="checkbox"/> OK	Chambre N° : Arrangement :
Venant de : Date d'arrivée :	Prix Pension :
Distribution du courrier :	Paiement Facture :
<b>En cas de péjoration, Nom &amp; Prénom de la personne de contact :</b>	
<b>Heures d'appel :</b>	
<input type="checkbox"/> Contrat HB <input type="checkbox"/> Procuration <input type="checkbox"/> Autorisation RI <input type="checkbox"/> Directives Anticipées <input type="checkbox"/> Détermination	

**Demande d'Admission**

Pour être validée, la demande doit être complète

 <input type="checkbox"/> Résidence Beaulieu Place Beaulieu 2b 3960 Sierre Tél. : 027/451 2900	 <input type="checkbox"/> EMS Christ-Roi Chemin du Châtelard 53 1978 Lens Tél. : 027/484 2600	 <input type="checkbox"/> Maison de retraite Le Carillon Rue des Ecoles 20 1958 St-Léonard Tél. : 027/205 6500	 <input type="checkbox"/> Foyer Saint-Joseph Montée du Château 21-23 3960 Sierre Tél. : 027/455 5 455
 <input type="checkbox"/> Résidence Les Jasmins Route de l'église 8 3966 Chalais Tél. : 027/459 2900	<p><b>Veillez indiquer votre(vos) préférence(s) d'un ou des établissements:</b>                  1 étant votre choix préféré, 2 étant votre deuxième choix, ainsi de suite.  <b>Remettez cette demande d'admission originale à l'établissement de votre 1er choix !</b>                  Aucune autre démarche n'est nécessaire pour vous.                  Nous nous chargeons de transmettre une copie de votre demande aux autres établissements de votre choix avec les documents annexes.</p>		 <input type="checkbox"/> Résidence Plantzette Rue de Plantzette 51 3960 Sierre Tél. : 027/563 6800

Données administratives

Nom & Prénom :	N. Jeune Fille :
Domicile rue :	NP, Lieu :
Commune de domicile :	depuis le :
Prénom du conjoint :	Num. de téléphone :
Prénom : du père	de la mère
Nom jeune fille de la maman :	Nationalité :
Date de naissance :	Profession :
Originaire :	N° AVS :
Lieu de naissance :	Médecin traitant :
Confession :	Pharmacie :
Paroisse :	
Etat Civil (Si admission remplie sur support numérique, devant votre choix utilisez "x" pour <input checked="" type="checkbox"/> au lieu d' "o" pour <input type="checkbox"/> )	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	
Où vivez-vous actuellement ? (domicile, hôpital, clinique)	
Eventuellement N° téléphone, natel :	
Eventuellement e-mail :	@

<b>Représentation</b>		
Avez-vous un représentant légal ? <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non		
Si oui, s'agit-il d'un : <input type="checkbox"/> = Curateur <input type="checkbox"/> =		
Nom & prénom du représentant légal :		
Adresse :		
NPA, Lieu :		
Tél. privé :	Tel. prof.	Natel :
Adresse e-mail : @		
Les factures & le courrier administratif seront adressés au représentant légal indiqué ci-dessus <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non		
Dans la négative, indiquez ci-dessous, dans la partie "Adressage..." la personne responsable de la partie administrative. (1 personne au maximum)		

Suite du questionnaire au verso de cette page

Répondant Principal		Adresse de la Parenté	
Nom, Prénom :		Nom, Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
NPA, Lieu :		NPA, Lieu :	
Tél. privé :	Tel. prof.	Tél. privé :	Tel. prof.
Natel :	Relation de famille :	Natel :	Relation de famille :
@		@	
Adr ess <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non		Adr ess <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non	

Nom, Prénom :		Nom, Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
NPA, Lieu :		NPA, Lieu :	
Tél. privé :	Tel. prof.	Tél. privé :	Tel. prof.
Natel :	Relation de famille :	Natel :	Relation de famille :
@		@	
Adr ess <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non		Adr ess <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non	

Nom, Prénom :		Nom, Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
NPA, Lieu :		NPA, Lieu :	
Tél. privé :	Tel. prof.	Tél. privé :	Tel. prof.
Natel :	Relation de famille :	Natel :	Relation de famille :
Adressage de la facture & courrier administratif <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non		Adressage de la facture & courrier administratif <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non	
Adressage de la facture & courrier administratif <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non		Adressage de la facture & courrier administratif <input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non	

## AUTORISATION

Le (la) soussigné(e) autorise la Caisse de compensation AVS compétente  
ou l'office AI du canton du Valais à communiquer au :

- EMS Le Christ-Roi     Maison de retraite Le Carillon     Foyer Saint-Joseph  
 Résidence Beaulieu     Résidence Les Jasmins     Résidence Pré du Chêne  
 Résidence Plantzette

à prendre les renseignements nécessaires auprès de l'Office cantonal AI du Valais  
et de la Caisse de compensation compétente dans le cadre de l'allocation pour  
impotent AVS et AI et à recevoir des copies des décisions concernant l'allocation  
pour impotent AVS et AI (respectivement des décisions sur opposition)

Nom & prénom :

Date de naissance :

N° AVS :

Signature de la personne assurée :

Date : \_\_\_\_\_

évt. signature du représentant légal

Date : \_\_\_\_\_

Si une signature n'est pas possible en raison de problèmes de santé, un certificat  
médical doit être annexé.

La présente autorisation est en vigueur jusqu'à son annulation par le mandant.