



**CHOIX DE L'EMS :** 1<sup>er</sup> .....  
2<sup>e</sup> .....  
3<sup>e</sup> .....

## **DEMANDE D'ADMISSION**

### **IDENTITE :**

Nom et prénom : .....

Nom de jeune fille :

Nom et prénom du père et de la mère :

.....

.....

Date de naissance: .....

Etat civil: ..... depuis le.....

Nationalité: .....

Commune d'origine: .....

Religion: .....

Tél. privé: .....

Adresse :.....

.....

Papiers déposés à: .....

Lieu de naissance: .....

Domicilié(e) dans le canton depuis (année): .....

Langues parlées: .....

No AVS: .....

Dernière profession: .....

*Nom et prénom du conjoint :* .....

*No AVS du conjoint :*.....

### **ASSURANCE-MALADIE**

Assurance-maladie: .....

Adresse: .....

No d'assuré: .....

### **PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES**

Prestation complémentaire:  oui  non

Allocation pour impotent:  oui  non

Si oui,  légère  moyenne  lourde

### **SITUATION ACTUELLE**

Vit à son propre domicile:  oui  non

Vit seul(e):  oui  non

Vit avec: ..... (conjoint, enfant, etc.)

Est suivi(e) par un service de soins à domicile:  oui  non

Médecin traitant: .....

Lieu de séjour actuel: .....

**RÉPRESENTANT ADMINISTRATIF (si existant)**

Nom et prénom: .....

Adresse: .....

.....

Le représentant administratif est :

un membre de la famille, lien de parenté : .....

une connaissance       un curateur       le mandataire pour cause d'incapacité

Tél. privé: .....      Tél. prof.: .....

Portable: .....      E-mail: .....

**DIRECTIVES ANTICIPÉES ET RÉPRESENTANT THÉRAPEUTIQUE**

(Facultatif) La personne a élaboré des directives anticipées :  OUI       NON

(Facultatif) Nom et prénom du représentant thérapeutique nommé:

.....

Adresse: .....

.....

**PERSONNE DE CONTACT POUR L'ADMISSION**

Nom et prénom de la personne de contact en vue de l'entrée en institution :

Nom et prénom: .....

Adresse: .....

.....

Tél. privé: .....      Tél. prof.: .....

Portable: .....      E-mail: .....

**FAMILLE ET OU PROCHES** (nom, prénom, adresse, téléphones, lien de parenté)

1. ....

.....

2. ....

.....

3. ....

.....

**ADMISSION**

Délai d'admission souhaité :

urgent       dans les 3 mois       au-delà des 3 mois

Date: .....

Signature: .....

(le requérant ou son représentant administratif)