Demande d’admission à la résidence Hébron

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I D E N T I T É D U R É S I D E N T** | | | |
|  | | | |
| **Nom :** |  | Nom de jeune fille : |  |
| **Prénom-s :** |  | Sexe : |  |
| Date de naissance : |  | Lieu de naissance : |  |
| Adresse légale :  (papiers déposés) |  | Nationalité :  Permis : |  |
| Lieu d’origine : |  | En Suisse depuis : |  |
| Langue maternelle : |  | Langue(s) parlée(s) : |  |
| Etat civil : |  | Depuis le : |  |
| No AVS |  | No portable : |  |
| Confession : |  | Profession : |  |
| Nom du conjoint : |  | Adresse du conjoint : |  |
| Tél. conjoint : |  |  |  |
| Caisse maladie |  | No de carte maladie |  |
| Assurance complémentaire |  |  |  |
| Remarques : |  |  |  |

Date :

|  |  |
| --- | --- |
| **A D R E S S E A C T U E L L E** | |
|  | |
| Domicile, adresse |  |
| Autre EMS, lequel |  |
|  | Hospitalisé-e au moment de la demande. Lieu / Raison |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **R E P R É S E N T A N T F I N A N C I E R** | | | |
|  | | |  |
| Nom prénom : |  | | |
| Tél. fixe : |  | Adresse : |  |
| Tél. portable : |  | Email : |  |
| Lien : |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **R E P R É S E N T A N T T H E R A P E U T I Q U E** | | | |
|  | | |  |
| Nom prénom : |  | | |
| Tél. fixe : |  | Adresse : |  |
| Tél. portable : |  | Email : |  |
| Lien : |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **D A T E D’ E N T R É E S O U H A I T É E** | |
|  | |
| de SUITE | dès péjoration de l’état de santé, inscription préventive. A contacter à chaque nouvelle disponibilité. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **M É D E C I N D E F A M I L L E** | | |
|  | | |
| Nom et adresse : | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **D I R E C T I V E S A N T I C I P É E S R É D I G É E S** | | |
|  | | |
| Oui | Non | |
| **C A U T I O N** | | |
| Le résident s’acquittera d’une caution de Fr. 5'000.- avant son entrée à la Résidence Hébron. A noter qu’elle n’est pas porteuse d’intérêts. A la fin du contrat, le résident convient que les dettes subsistantes seront déduites de cette caution et que le montant restant sera versé sur un compte déterminé par ses soins.  Je confirme avoir pris connaissance de cette clause.  Date et lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom et signature de la personnes responsable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  | | --- | | **D O C U M E N T S À T R A N S M E T T R E A V A N T L’ A D M I S S I O N** | | Certificat médical  Carte identité  Contrat d’hébergement signé  Carte d’assurance maladie    Attestation de domicile   |  | | --- | | **S I G N A T U R E S** |   Representant financier: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Resident: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |