Demande d'Admission

Pour être validée, la demande doit être complète

☐ Résidence Beaulieu
Place Beaulieu 2b
3960 Sierre
Tél. : 027/451 2900

☐ EMS Le Christ-Roi
Ch. du Châtelard 53
1978 Lens
Tél. : 027/484 2600

☐ Maison de retraite Le Carillon
Rue des Ecoles 20
1958 St-Léonard
Tél. : 027/205 6500

☐ Foyer Saint-Joseph
Montée du Château 21-23
3960 Sierre
Tél. : 027/455 5 455

☐ Résidence Les Jasmins
Route de l'église 8 3966 Chalais
Tél. : 027/459 2900

☐ Résidence Pré du Chêne
Route de Montana 13
3973 Venthône
Tél. : 027/459 2750

Veuillez indiquer votre(vos) préférence(s) d'un ou des établissements:
1 étant votre choix préféré, 2 étant votre deuxième choix, ainsi de suite jusqu'à 7.
Remettez cette demande d'admission originale à l'établissement de votre 1er choix !
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.

☐ Résidence Plantzette p/Centre médico-social rég.
Hôtel de Ville - CP 280
3960 Sierre
Tél. : 027/455 5151

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	
☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)	
Où vivez-vous actuellement ? (domicile, hôpital, clinique)	
Eventuellement N° téléphone, natel :	
Eventuellement e-mail :	@

Représentation		
Avez-vous un représentant légal ?	☐ = Oui	☐ = Non
Si oui, s'agit-il d'un :	☐ = Curateur	☐ =
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-d	☐ = Oui	☐ = Non
Dans la négative, indiquez ci-dessous, dans la partie "Adressage…" la personne responsable de la partie administrative		
(1 personne au maximum)		

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 :
1ère adresse e-mail pour suivi de cette demande	@	Eventuel. 2ème adresse e-mail pour suivi de cette demand	@
Adressage de la facture & courrier administratif	☐ = Oui ☐ = Non	Adressage de la facture & courrier administratif	☐ = Oui ☐ = 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	☐ = Oui ☐ = Non	Adressage de la facture & courrier administratif	☐ = Oui ☐ = 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	☐ = Oui ☐ = Non	Adressage de la facture & courrier administratif	☐ = Oui ☐ = 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 décision 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.

02.96/221/cd

Données administratives (suite)

Chambre désirée :	☐ = 1 Lit	☐ = 2 Lits
Options supplémentaires uniquement pour St-Joseph :	*A choix :*	*0 = Ancien Bâtiment*
0 = Studio *(uniquement Ancien Bâtiment)*		*0 = Nouveau Bâtiment*
Entrée souhaitée : ☐ =	Entrée immédiate, disponible à rentrer dans les 7 jours à la réception de la demande	☐ = Dans les meilleurs délá ☐ = Pré réservatior

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

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 ?	☐ = Oui	☐ = Non	☐ = Oui	☐ = Non
Une demande a-t'elle été déposée ?	☐ = Oui	☐ = Non	☐ = Oui	☐ = Non
Une décision a-t'elle été émise ?	☐ = Oui	☐ = Non	☐ = Oui	☐ = Non
Si décision positive, depuis le	Type de Rente : 0 = lourd	0 = moyen	0 = léger	

Prestations complémentaires (PC)
Êtes vous bénéficiaire de prestations complémentaires ? ☐ = Oui ☐ = Non

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

A joindre : ☐ Copie ou double de la carte d'assuré caisse maladie

☐ Attestation de domicile

A remplir par la Direction	
Mémento Remis à la Famille = 0 ok	*Chambre N° :* *Arrangement :*
Venant de : *Date d'arrivée :*	*Prix Pension :*
Distribution du courrier :	*Paiment Facture :*
En cas de péjoration, Nom & Prénom de la personne de contact :	
Heures d'appel :	
☐ Contrat HB ☐ Procuration ☐ Autorisation RI ☐ Directives Anticipées	