**Home de la Vallée de l’Intyamon**

## 1666 Villars-sous-Mont

Route de l’Intyamon 117

Tel.: 026 928 44 44

Fax. : 026 928 44 49

E-mail : direction@ems-intyamon.ch

www.ems-intyamon.ch

**DEMANDE D'ADMISSION**

**NOM et Prénom:** ……………………………………………………………………………………….

Date de naissance: …………………………. Etat civil: …………depuis le…………………..

Nationalité: …………………………………… Commune d'origine: ……………………………..

Religion: ………………………………………. Tél. privé: …………………………………………..

Adresse :…………………………………………………………………………….…………………….

………….………….………………………………………………………………………………………..

Papiers déposés à: ……………………………….........

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

Langues parlées: ………………………………………………………………………………………..

No AVS: ……………………………………….. Dernière profession: ……………………………..

**ASSURANCE-MALADIE**

Assurance-maladie: …………………………………………………………………………………….

N° d’assuré : ………………………………

N° de carte : ……………………………………………………………………………………………..

**PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES**

Prestation complémentaire: [ ]  oui [ ]  non

Allocation pour impotent: [ ]  oui [ ]  non

**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-E ADMINISTRATIF-VE**

Nom et prénom: ………………………………………………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………NP/Domicile……………………………………………………….

Le/la représentant-e administratif-ve est :

[ ]  un membre de la famille, lien de parenté : ………………………………………………….

[ ]  une connaissance [ ]  un curateur

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

Portable: ………………………………………. E-mail: …………………………………………….

**DIRECTIVES ANTICIPEES**

(Facultatif) La personne a élaboré des directives anticipées : [ ]  oui [ ]  non

**RÉPRESENTANT-E THERAPEUTIQUE**

Nom et prénom: ………………………………………………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………NP/Domicile……………………………………………………….

Le/la représentant-e thérapeutique est :

[ ]  un membre de la famille, lien de parenté : ………………………………………………….

[ ]  une connaissance

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

Portable: ………………………………………. E-mail: …………………………………………….

**PERSONNE DE CONTACT POUR L’ADMISSION**

Nom et prénom de la personne de contact pour l’admission :

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. ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………….

4. ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………….

**ADMISSION**

Délai d’admission souhaité :

[ ]  urgent [ ]  dans les 3 mois [ ]  au-delà des 3 mois

Date: ………………………………………… Signature: ………………………………………..

 (le requérant ou son représentant administratif)

**Mise à jour 4 mai 2022/NB**