

## Home de la Vallée de l'Intyamon

1666 Villars-sous-Mont

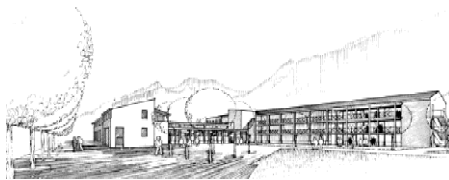
Route de l'Intyamon 117

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 ANTICIPÉES**

(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