

FOYER SAINT-JACQUES



Foyer Saint-Jacques
Av. du Midi 2 - C.P. 128
1890 St-Maurice
Tél : 024/486.01.00

FOYER OTTANEL



Foyer Ottanel
Rue du Collège 2 - C.P. 68
1904 Vernayaz
Tél : 027/763.24.00

Veillez svp choisir votre établissement :

1 = choix préféré

2 = second choix

Données administratives

Cochez votre réponse svp

| | | | |
|---|--|---------------------------|---|
| Nom : | | Prénom : | |
| Date de naissance : | | Lieu de naissance : | |
| Etat civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) dès le : | | | |
| Commune de domicile (adresse) : | | | |
| Votre numéro de téléphone : | | Adresse e-mail : | |
| Commune d'origine : | | Domicile fiscal : | |
| Confession : | | Langue maternelle : | |
| Nom, prénom et origine de votre conjoint : | | | |
| Nom et prénom de votre père : | | de votre mère : | |
| Nom de jeune fille de votre mère : | | | |
| Dernière profession exercée : | | | |
| No AVS : | | Montant de la rente AVS : | |
| Adresse de la caisse AVS : | | | |
| Votre caisse maladie/accident : | | No d'assuré : | |
| Recevez-vous d'autres revenus (rente LPP, pension) ? | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Etes-vous au bénéfice d'une allocation pour impotent ? | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, quel type d'allocation ? | | | <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> grave |
| Etes-vous au bénéfice de prestations complémentaires ? | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Avez-vous un représentant administratif ? | | | |
| <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Mandataire <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Proche | | | |
| Si oui, nom, prénom et adresse : | | | |
| Avez-vous un représentant thérapeutique ? | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, nom, prénom et adresse : | | | |
| La facture du foyer sera payée par ? (responsable du paiement) | | | |
| Nom, prénom et adresse : | | | |

Vie sociale et santé

Quel est votre médecin traitant habituel ?

Nom, prénom et adresse :

Par quel médecin désirez-vous être suivi ?

par votre médecin traitant

oui

non

par un médecin venant régulièrement au foyer

oui

non

Avez-vous rédigé : des directives anticipées

oui

non

un mandat pour cause d'inaptitude

oui

non

Si oui, où sont-ils déposés?

(y joindre une copie SVP)

Quelle pharmacie souhaitez-vous choisir ?

Pharmacie de la Gare

Pharmacie de St-Maurice

Entrée au foyer souhaitée :

de suite

à convenir

Souhaitez-vous une chambre individuelle ?

oui

non

Souhaitez-vous aménager votre chambre avec vos meubles ?

oui

non

Désirez-vous que nous vous installions :

- votre TV

oui

non

- un téléphone

oui

non

Etiquettes pour vêtements à commander :

oui

non

Etiquettes cousues par nos soins :

oui

non

Nom et prénom de vos enfants:

Adresse :

Tél. privé :

Nom et prénom de vos frères et sœurs:

Adresse :

Tél. privé :

Avez-vous des souhaits pour votre séjour en EMS et/ou un projet de vie?

Lieu et date :

Signature :

Veillez nous retourner ce questionnaire accompagné des documents indiqués au point 3.4 du règlement d'admission

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à nous contacter au numéro de téléphone:024/486.01.00

AUTORISATION

Le (la) soussigné(e) autorise la Caisse de compensation AVS compétente ou l'office AI du canton du Valais à communiquer à la :

Fondation Saint-Jacques - St-Maurice :

Foyer St-Jacques à St-Maurice

Foyer Ottanel à Vernayaz

une copie des décisions de rente d'invalidité, d'allocation pour impotent, ainsi que des prestations complémentaires qui seraient établies en faveur de :

Nom & prénom :

Date de naissance :

N° AVS :

Date : _____ Signature : _____

fondation saint-jacques

Foyer Saint-Jacques Av. du Midi 2 CP 128 1890 St-Maurice tél. 024/486.01.00 fax 024/486.01.86 e-mail : info@ems-st-jacques.ch
Foyer Ottanel Rue du Collège 2 CP 68 1904 Vernayaz tél. 027/763.24.00 fax 027/763.24.86 e-mail : info@ems-st-jacques.ch

ACCORD

entre

La Fondation Saint-Jacques

et

Le/la pensionnaire : Mme / M.

Lors de parutions d'articles dans la presse avec publication de photos, lors de reportages TV ou émissions relatives à la Fondation Saint-Jacques, la famille du pensionnaire susmentionné donne son accord pour que ce dernier y figure :

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Presse (journaux, magazines) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| TV, Vidéo, DVD | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Site web : www.ems-st-jacques.ch | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Autres sites web | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Lieu et date :

Signature pour la/la pensionnaire :

Le représentant légal :