

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. 8  
1904 Vernayaz  
Tél : 027/763.24.00

*Veillez svp choisir votre établissement :*

**1 = choix préféré**

**2 = second choix**

**Données administratives**

Cochez votre réponse svp

<b>Nom :</b>		<b>Prénom :</b>	
Date 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 :			
La facture du foyer sera payée par ? (responsable du paiement)			
Nom, prénom, adresse :			

## Vie sociale et santé

Avez-vous un représentant thérapeutique ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Nom, prénom et adresse :			
Quel est votre médecin traitant habituel ?			
Votre pharmacie habituelle :			
Avez-vous rédigé :		des directives anticipées	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		un mandat pour cause d'inaptitude	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, où sont-ils déposés ?		(y joindre une copie SVP)	
Date(s) du court séjour souhaitée(s) :	<input type="checkbox"/> de suite	<input type="checkbox"/> à convenir	du.....au.....
Nom et prénom de vos enfants :	Adresse :	Tél. privé :	Email :
Avez-vous des souhaits pour votre séjour en EMS ?			
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

# 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

## 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 Ottanel à Vernayaz et Foyer St-Jacques à St-Maurice)

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 :**

Lors de parutions d'articles dans la presse avec publication de photos (site web), pour des reportages TV ou émissions relatives à la Fondation Saint-Jacques, je soussigné(e) donne mon accord pour y figurer :

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

Lieu et date :

Signature du/de la pensionnaire  
ou de son représentant légal :

.....