

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**

<b>Nom :</b>		<b>Prénom :</b>	
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  
Foyer Ottanel

Av. du Midi 2  
Rue du Collège 2

CP 128  
CP 68

1890 St-Maurice  
1904 Vernayaz

tél. 024/486.01.00  
tél. 027/763.24.00

fax 024/486.01.86  
fax 027/763.24.86

e-mail : info@ems-st-jacques.ch  
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 : <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 pour la/la pensionnaire :

Le représentant légal : .....