

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

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 ?

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)

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:

email:

Nom et prénom de vos frères et sœurs:

Adresse :

Tél. privé:

email:

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