



DEMANDE D'ACCUEIL DU FOYER DE JOUR

NOM ET PRÉNOM:

Nom de jeune fille et prénom de la mère: Nom et prénom du père :

Date de naissance: Etat civil:depuis le.....

Nationalité: Commune d'origine:

Religion: Tél. privé:

Adresse postale :

Papiers déposés dans la commune de (*domicile légal*) :

Lieu de naissance: Domicilié(e) dans le canton depuis (année):

Langues parlées:

No AVS: Dernière profession:

Nom et prénom du conjoint :

No AVS du conjoint :

ASSURANCE-MALADIE

Assurance-maladie:

Adresse:

N° d'assuré: (*joindre une photocopie de la carte d'assuré-e*)

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Prestations complémentaires à la rente AVS : oui non

Allocation pour impotent: oui non

Si oui, légère moyenne lourde

SITUATION ACTUELLE

Lieu de séjour actuel l'hôpital un home le domicile, vit seul oui
 non

Si non, vit avec:(*conjoint, enfant, etc.*)

Est suivi(e) par un service de soins à domicile
(*adresse et personne de référence*) : oui non

MÉDECIN

Médecin de famille (*nom et adresse*) :

.....

.....

REPRÉSENTANT ADMINISTRATIF

Nom et prénom:

Adresse:

Le représentant administratif est :

- un tuteur
- un curateur de portée générale
- un curateur de type (à préciser)
- le mandataire pour cause d'incapacité
- un membre de la famille,
- une connaissance

lien de parenté :

Tél. privé: Tél. prof.:

Portable:..... E-mail:

DIRECTIVES ANTICIPÉES ET REPRÉSENTANT THÉRAPEUTIQUE

La personne a élaboré des directives anticipées : oui non

Nom et prénom du représentant thérapeutique nommé:

.....

Adresse:

.....

PERSONNE DE CONTACT POUR L'ACCUEIL

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.

ACCUEIL

A quelle date souhaitez-vous entrer ?

Date:

Signature:

(le requérant ou son représentant administratif)