

DEMANDE D'ADMISSION



Pour vous inscrire dans plusieurs institutions, précisez s.v.p. en indiquant absolument la préférence de 1 à 3
Wann Dir lech an e puer Haiser wëllt umellen, kräizt w.e.g onbedengt Är Präferenz vun 1 bis 3 un

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Bettembourg	Foyer Ste Elisabeth (Centre intégré pour personnes âgées)	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Berbourg	Haaptmann's Schlass (Centre intégré pour personnes âgées)	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Diekirch	Maison de Soins Sacré-Cœur (Maison de Soins)	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Luxembourg	Ste Elisabeth am Park (Centre intégré pour personnes âgées)	
Type Chambre	<input type="checkbox"/> individuelle	<input type="checkbox"/> double	<input type="checkbox"/> sans importance
Statut de la demande	<input type="checkbox"/> demande préventive	<input type="checkbox"/> demande urgente (prêt pour entrer)* voir remarques page 2	

Concerne

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> demande couple (1 formulaire par personne)		
Nom		Nom de jeune fille	
Prénom		Date de naissance	
Caisse de maladie		Lieu de naissance	
Matricule		Nationalité	
État civil	<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> veuf (ve)	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé(e)
Adresse légale	Nr, Rue : _____ CP : _____ Localité : _____ Commune : _____ Tel : _____ Fax : _____ Email : _____		
Séjour actuel	<input type="checkbox"/> à l'adresse susmentionnée – op der Adresse wéi uewen beschriwwen <input type="checkbox"/> en hôpital. (précisez): _____ <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____ Client vit seul à la date de la demande : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Personne de contact (information indispensable)	Nom : _____ Tel (privé) : _____ Tel (bur) : _____ Adresse: _____ C P : _____ Localité : _____ Email : _____		
Relation avec le client:	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Tuteur / Curateur <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____		

Prise en charge sociale :	Service : _____
	Nom Assistant(e) social(e) : _____
	Tel : _____ Email : _____

Soins et Assistance / Fleg a Betreeiung

Le client :	n'a pas besoin d'aide <i>brauch keng Hëllef</i>	a besoin d'aide partielle <i>brauch deelweis Hëllef</i>	a besoin d'aide complète <i>brauch komplett Hëllef</i>
Hygiène - <i>Kierperfleg</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrition - <i>lessen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité - <i>Bewegung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien – <i>Betreiung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il existe un plan de prise en charge Assurance Dépendance <i>Et get en Fleegeplang vun der Fleegeversécherung</i>		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, date de décision :	
Une demande Assurance Dépendance a été introduite <i>Et ass eng Demande Assurance Dépendance gemaach ginn</i>		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, date de demande :	
Le client est assisté par un réseau de soins à domicile <i>... kritt Hëllef vun Soins à domicile ?</i>		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, par :	
Le client fréquente régulièrement un Foyer de jour <i>...geet regelméisseg an e Foyer de Jour</i>		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, en :	

Remarques

<p>*En cas de demande urgente, veuillez décrire brièvement la situation actuelle du client et/ou joindre un certificat/rapport médical et/ou social</p>

La présente demande est introduite et signée par: <i>Dës Demande ass agereecht an ennerschriwen ginn vun:</i>	<input type="checkbox"/> Client	<input type="checkbox"/> Personne de contact
	<input type="checkbox"/> Commune	<input type="checkbox"/> Service social
Courrier réponse à cette demande à envoyer au :	<input type="checkbox"/> Client	<input type="checkbox"/> Personne de contact
Schéckt d'Äntwert op dës Demande w.e.g. un:	<input type="checkbox"/> Commune	<input type="checkbox"/> Service social

IMPORTANT- WICHTEG

En cas de demande ou plan de prise en charge Assurance Dépendance, veuillez joindre les documents à la présente demande.

Wann eng Demande un d'Fleegeversecherung gemaach ginn ass oder schon eng Decisioun ausgestellt ass leet w.e.g. eng Kopie vun denen Dokumenter bei dës Demande derbäi

_____, le _____ **Signature:** _____

Je confirme l'exactitude des données et déclare mon accord pour l'archivage électronique et le traitement de ces données auprès de Claire asbl . Ech garantéieren datt dës Donnéeën korrekt sinn, an ech sinn averstanen datt se vun der Claire asbl kënne verschafft an archivéiert ginn.