

DEMANDE D'ADMISSION – EBHB

| | | | |
|-------------|--|-------------------|--|
| Nom Numm | | Prénom Virnumm | |
|-------------|--|-------------------|--|

Pour vous inscrire, précisez absolument votre préférence

Wann Dir lech wëllt umellen, kräizt w.e.g onbedengt Är Präferenz un

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Institut St Joseph 2, rue de Wecker L-6832 Betzdorf |
| <input type="checkbox"/> | Centre pour personnes handicapées Am Klouschter 6, Avenue Marie - Adélaïde L-5635 Mondorf-les-Bains |

Demande pour:

Ufro fir:

Hébergement Centre de propédeutique professionnel
 Atelier protégé Centre de Jour Lit de dépannage

Inscription sur la liste :

Aschreiwung op d'Lescht :

« préventive » « prêt pour entrer » urgente

Veillez svp décrire brièvement la situation actuelle de la personne avec une déficience intellectuelle et joignez un rapport médical spécifiant le diagnostic et si possible un rapport social

Beschreift w.e.g kurz die aktuell Situatioun vun der Persoun mat enger intellektueller Beanträchtegung an leet eis en medezineschen Rapport mat der Diagnos an eventuell en sozialen Bericht bei

Concerne / Betrifft :

| | | | |
|---|--|---|--|
| Nom <i>Numm</i> | | Sexe Geschlecht | |
| Prénom <i>Virnumm</i> | | Date de naissance <i>Geburtsdatum</i> | |
| Caisse de maladie <i>Gesondheetskees</i> | | Lieu de naissance <i>Geburtsplaatz</i> | |
| Matricule | | Nationalité <i>Nationalitéit</i> | |
| État civil <i>Familjestand</i> | <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> autre / aneren _____ | | |
| Adresse légale <i>Offiziell Adress</i> | Nr, Rue : _____ CP : _____ Localité : _____ Tel : _____ GSM : _____ Email _____ | | |
| Séjour actuel <i>Aktuellen Openthalt</i> | <ul style="list-style-type: none"> • à l'adresse susmentionnée / <i>op der Adress wei uewen beschriwwen</i>: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • autre / <i>aneren</i> : _____ • vit seul / <i>liewt aleng</i> : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |
| Personne de contact <i>Kontakpersoun</i> | Nom / Prénom: _____ Nr, Rue : _____ CP : _____ Localité : _____ Tel : _____ GSM: _____ Email: _____ <input type="checkbox"/> Famille/ <i>Famill</i> <input type="checkbox"/> Tuteur/Curateur <input type="checkbox"/> Autre / aner _____ | | |
| Relation <i>Relatioun</i> | | | |
| Prise en charge sociale <i>Sozial Betreuung</i> | Service : _____ Nom/Numm: _____ Fonction/Funktioun _____ Tel : _____ GSM: _____ Email: _____ | | |
| Assurance Dépendance <i>Fleegeversécherung</i> | Plan de prise en charge (Décision) / Entscheidung : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date de la décision/ Datum vun der Entscheidung : _____ Veuillez nous joindre svp une copie de la décision / <i>Leet eis w.e.g eng Kopie vun der Entscheidung bei</i> | | |
| <p>Par la présente, je confirme l'exactitude des données et déclare d'être d'accord avec l'archivage électronique et le traitement de ces données auprès de la Yolande asbl. <i>Heimatter bestätegen ech d'Richtigkeet vun den Donnéeën an sin d'Accord mat hirem elektronischem Archivage an Traitement innerhalb der Yolande asbl</i></p> <p><i>Date/Datum, Signature / Ënnerschrëft :</i></p> | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------|-----------|--------------------------------|-------------|------------------|------------------|-----|
| Demande d'admission (02-00) | Autor: | Validation und Freigabe durch: | Gültig ab : | Revisionsdatum : | Dokumentkürzel : | 2/2 |
| | KLKR/MESC | DIIN_KOORD | 27.10.2017 | 27.10.2019 | DA19.1.1 AESV-01 | |