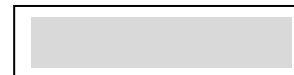


Email : claire.social@elisabeth.lu

DEMANDE D'ADMISSION



Pour vous inscrire dans plusieurs institutions, précisez absolument votre 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	Centre intégré pour personnes âgées Foyer Ste Elisabeth
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	LUXEMBOURG	Centre intégré pour personnes âgées Ste Elisabeth am Park
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	BERBOURG	Centre intégré pour personnes âgées Haaptmann's Schloss
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	DIEKIRCH	Maison de Soins Sacré-Cœur
Type Chambre	<input type="checkbox"/> individuelle	<input type="checkbox"/> double
Inscription sur liste	<input type="checkbox"/> « préventive »	<input type="checkbox"/> « prêt pour entrer » (=urgente) voir remarques page 2

Concerne

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> demande couple (s.v.p remplir 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 – <i>op der Adresse wéi uewen beschriwwen</i> <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 / Fleeg a Betreierung

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>Kierperfleeg</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>Betreierung</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

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

IMPORTANT- WICHTIG

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 ausgestallt ass leet w.e.g. eng Kopie vun denen Dokumenter bei dës Demande derbäi*

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"/> Commune	<input type="checkbox"/> Personne de contact <input type="checkbox"/> Service social
Courrier réponse à cette demande à envoyer au : <i>Schéckt d'Äntwert op dës Demande w.e.g. un:</i>	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Commune	<input type="checkbox"/> Personne de contact <input type="checkbox"/> Service social

_____, 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 garantiären datt dës Donnéeën korrekt sinn, an ech sinn averstanen datt se vun der Claire asbl kënne verschafft an archivéiert ginn.