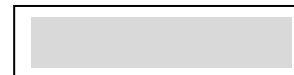


**Email : [claire.social@elisabeth.lu](mailto:claire.social@elisabeth.lu)**

## 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	<b>BETTEMBOURG</b> Structure d'hébergement pour personnes âgées <b>Foyer Ste Elisabeth</b>
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<b>LUXEMBOURG</b> Structure d'hébergement pour personnes âgées <b>Ste Elisabeth am Park</b>
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<b>BERBOURG</b> Structure d'hébergement pour personnes âgées <b>Haaptmann's Schloss</b>
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<b>DIEKIRCH</b> Structure d'hébergement pour personnes âgées <b>Sacré-Cœur</b>
Type Chambre	<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> double
Inscription sur liste	<input type="checkbox"/> « préventive » <input type="checkbox"/> « prêt pour entrer » (=urgente) <span style="color: red;">voir remarques page 2</span>

### 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 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>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>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

**\*En cas de demande urgente, veuillez décrire brièvement la situation actuelle du client et joindre un rapport médical et/ou 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 ausgestallt ass leet w.e.g. eng Kopie vun denen Dokumenter bei dës Demande derbäi*

La présente demande est <b>introduite et signée</b> par: <i>Dës Demande ass <b>agereecht an ennerschriwen</b> 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: \_\_\_\_\_

Toutes vos données personnelles seront traitées conformément à la législation relative à la protection des données en vigueur. Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter notre site internet ou de vous adresser directement à l'institution.