



## Home médicalisé pour personnes âgées

Route de Nendaz 365, 1996 Basse-Nendaz

☎ 027 289 57 00 – FAX 027 289 57 01

E-MAIL [mavallee@nendaz.org](mailto:mavallee@nendaz.org)

### Demande d'admission en EMS

Type de séjour :  court séjour du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
 long séjour

#### Données personnelles

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Confession : \_\_\_\_\_

Adresse, NPA, Lieu : \_\_\_\_\_

Commune de domicile : \_\_\_\_\_ Depuis le : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro AVS : \_\_\_\_\_

Prénom époux(se) : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Adressage de la facture et du courrier administratif:  oui  non

État civil:

marié(e)  veuf(ve)  divorcé(e)  célibataire

Où vivez-vous actuellement?

à domicile  à l'hôpital  autre: \_\_\_\_\_

Type de chambre désirée:  à 1 lit  à 2 lits

#### Personnes de contact

##### Personne principale

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse, NPA, Lieu : \_\_\_\_\_

Tél. privé : \_\_\_\_\_ Tél. prof. : \_\_\_\_\_

Tél. mobile : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Lien de parenté:

époux (se)  fils (fille)  représ. légal  autre: \_\_\_\_\_

Adressage de la facture et du courrier administratif:  oui  non

##### Autre personne

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse, NPA, Lieu : \_\_\_\_\_

Tél. privé : \_\_\_\_\_ Tél. prof. : \_\_\_\_\_

Tél. mobile : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Lien de parenté:

époux (se)  fils (fille)  représ. légal  autre: \_\_\_\_\_

Adressage de la facture et du courrier administratif:  oui  non

**Médecin traitant**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse, NPA, Lieu : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

*Le résident peut faire appel à son médecin traitant durant son court séjour si celui-ci se déplace à l'EMS du résident.***Pharmacie**

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Adresse, NPA, Lieu : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

**Caisse maladie**

Nom de la caisse : \_\_\_\_\_ N° d'assuré : \_\_\_\_\_

Adresse, NPA, Lieu : \_\_\_\_\_

**Rente d'impotence**Êtes-vous bénéficiaire d'une rente d'impotence?  oui  nonSi oui, pour quel degré?  faible  moyen  lourd**Prestations complémentaires**Êtes-vous bénéficiaire de prestations complémentaires?  oui  non**Documents à joindre à la demande**

- Copie du livret de famille ou certificat individuel d'état civil
- Copie de la carte d'assuré caisse maladie
- Copie de la carte d'identité
- Attestation de domicile
- Copie de la décision pour rente d'impotence (si accordée)
- Copie de la procuration si vous avez un représentant légal
- Copie de la décision de curatelle (si existante)
- Copie de la police d'assurance RC

**Je soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**La demande d'admission ne sera prise en considération uniquement si elle est complète et accompagnée de tous les documents demandés.****Cadre réservé à l'administration**

Date d'entrée : \_\_\_\_\_ Date de sortie : \_\_\_\_\_

Raison du séjour : \_\_\_\_\_ N° chambre : \_\_\_\_\_