

Home «Vallée de la Jogne»
Altersheim des Jauntales
Riau de la Maula 9
Case postale 48
1637 Charmey

Directeur, Luc Wicht
Tél. 026/927.54.54 ● fax 026/927.54.55
Courriel : direction@home-jogne.ch
Site : www.home-jogne.ch
Banque : Raiffeisen Vallée de la Jogne
CH68 8011 7000 0002 6002 2



Demande d'inscription au court séjour

RESIDANT

Nom - Prénom :

Nom de jeune fille : Lieu de naissance :

Date de naissance : Etat civil :

Nationalité : Commune d'origine :

Religion : Tél. privé :

Adresse (domicile légal) :

.....

Domicilié dans le canton depuis : (année).....

N° AVS :

CAISSE MALADIE ET PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Assurance maladie :

Adresse de l'assurance :

N° d'assuré :

Prestations complémentaires (PC) à l'AVS :

Etes – vous déjà au bénéfice des PC : oui non

Etes – vous déjà au bénéfice d'une indemnité forfaitaire : oui non

Etes–vous déjà au bénéfice de l'allocation pour impotent : oui non

Degré faible

Degré moyen

Degré fort

SITUATION ACTUELLE

Personne faisant la demande

Nom - Prénom :

Adresse :

Tél privé : Tél. prof :

Portable : E – mail :

Lien : conjoint(e) enfant tuteur autre

Personne à accueillir

Vit à son propre domicile : oui non

Vit seul(e) : oui non

Vit avec (conjoint, enfants, autre) :

Etes – vous suivi(e) par les soins à domicile : oui non

Lieu de séjour actuel :

Motif de la demande

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Adresse de la facturation

Nom - Prénom :

Adresse :

Tél privé : Tél. prof :

Portable : E – mail :

RESEAU AUTOUR DE L'HOTE (familles et professionnels)

Répondant administratif

Nom - Prénom :

Adresse :

Lien avec le résidant :

Tél privé : Tél. prof :

Portable : E – mail :

Répondant remplaçant

Nom - Prénom :

Adresse :

Lien avec le résidant :

Tél privé : Tél. prof :

Portable : E – mail :

Autres membres de la famille ou proches à contacter

1.

Nom - Prénom :

Adresse :

Tél privé : Tél. prof :

Portable : E – mail :

Lien de parenté :

2.

Nom - Prénom :

Adresse :

Tél privé : Tél. prof :

Portable E – mail :

Lien de parenté :

Médecin traitant

Nom - Prénom :

Adresse :

Tél prof. : Portable :

Médecin spécialiste

Nom - Prénom :

Adresse :

Tél prof. : Portable :

Qui avertir en cas de nécessité

Nom - Prénom :

Adresse :

Lien avec le résidant :

Tél privé : Tél. prof :

Portable : E – mail :

Protection des données : nous avons besoin de votre accord afin de pouvoir publier dans divers documents publics du home, la date de votre anniversaire (jour et mois), votre photo, etc

J'accepte la publication / **Je refuse la publication**

Lieu : **Date** :

Signatures :