

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



Tél. 026/927.54.54 • fax
026/927.54.55
Courriel : info@home-jogne.ch
Site : www.home-jogne.ch
Banque : Raiffeisen Vallée de la
Jogne
CH68 8011 7000 0002 6002 2

Demande d'inscription au foyer de jour

HOTE

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 :

Par quelle(s) journée(s) êtes-vous intéressé ?

lundi mardi mercredi jeudi vendredi

Qui s'occupe des transports ?

Foyer de jour oui non

Famille ou autres oui non

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 nonEtes – vous déjà au bénéfice d'une indemnité forfaitaire : oui nonEtes–vous déjà au bénéfice de l'allocation pour impotent : oui nonDegré 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 nonVit 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 :

Nom - Prénom :
Adresse :
Tél privé :Tél. prof :
Portable :E – mail :
Lien de parenté :

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 :