

E-mail: claire.social@elisabeth.lu

DEMANDE D'ADMISSION

Pour vous inscrire dans plusieurs institutions, précisez absolument votre préférence de 1 à 3 <i>Wann Dir lech an e puer Haiser wëllt umellen, kräizt w.e.g onbedengt Är Präferenz vun 1 bis 3 un.</i>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Bettembourg Foyer Ste Elisabeth
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Berbourg Hauptmann's Schloss
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Diekirch Sacré-Coeur
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Luxembourg Ste Elisabeth am Park
Type Chambre	<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> double
Inscription sur liste	<input type="checkbox"/> « préventive » <input type="checkbox"/> « urgente » (= prêt pour entrer) * voir remarque page 2

Concerne / Beträfft

<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 : _____ Tél fixe: _____ GSM : _____ Email : _____
Séjour actuel	<input type="checkbox"/> À l'adresse légale susmentionnée – <i>op der Adress wéi uewe beschriwwen</i> <input type="checkbox"/> En hôpital, précisez svp : _____ <input type="checkbox"/> Autre, précisez svp : _____ Le client vit seul à la date de la demande : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Personne de contact (information indispensable)	Nom : _____ Tél (privé) : _____ Tél (bureau) : _____ Adresse : _____ CP : _____ Localité : _____ Email : _____
Relation avec le client	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Tuteur / Curateur <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

Suivi social :	Service : _____
	Nom et prénom assistant(e) social(e) : _____
	Tél : _____ E-mail : _____

Soins et Assistance / *Fleeg a Betreung*

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>Betreung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il existe un plan de prise en charge Assurance Dépendance ? <i>Et gëttt e 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>De Client kritt Hëllef vun engem réseau de soins à domicile?</i>		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, par :	
Le client fréquente régulièrement un foyer de jour ? <i>De Client geet reegelméisseg an e Foyer de Jour?</i>		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lequel :	

Remarques

*** En cas de demande urgente, veuillez décrire brièvement la situation actuelle du client et joindre un rapport médical et/ou social / *Ass d'Demande dringend, beschreift weg kuerz d'Situatioun a leet e medezineschen oder soziale Bericht bei dës Demande derbäi***

IMPORTANT- WICHTEG

En cas de demande ou plan de prise en charge Assurance Dépendance existant, veuillez svp joindre les documents à la présente demande. *Wann eng Demande un d'Fleegeversécherung gemaach ginn ass oder schon eng Decisioun ausgestallt ass, leet weg eng Kopie vun deenen Dokumenter bei dës Demande derbäi.*

La présente demande est introduite et signée par:	<input type="checkbox"/> Client	<input type="checkbox"/> Commune
<i>Dës Demande ass agereecht an ennerschriwen ginn vun:</i>	<input type="checkbox"/> Personne de contact	<input type="checkbox"/> Service social
Courrier de confirmation à cette demande à envoyer au :	<input type="checkbox"/> Client	<input type="checkbox"/> Commune
<i>Bestätigungsbréif op dës Demande soll geschéckt ginn un:</i>	<input type="checkbox"/> Personne de contact	<input type="checkbox"/> Service social

_____, le _____ Signature : _____

Je confirme l'exactitude des données et déclare être d'accord avec l'archivage électronique et le traitement de ces données auprès de la Claire asbl. *Ech garantéieren datt dës Donnéeë korrekt sinn, an ech sinn averstanen datt se vun der Claire asbl kënnen verschafft an archivéiert ginn.*