

E-mail: 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.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	Bettembourg	Foyer Ste Elisabeth
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	Berbourg	Hauptmann's Schloss
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	Diekirch	Sacré-Coeur
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	Luxembourg	Ste Elisabeth am Park
Type Chambre	☐ individuelle	☐ double
Inscription sur liste	☐ « préventive »	☐ « urgente » (= prêt pour entrer) * voir remarque page 2

Concerne / Beträfft

☐ Mme ☐ M	☐ 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	☐ marié(e)	☐ veuf (ve)	☐ célibataire ☐ divorcé(e)
Adresse légale	Nr, rue : _____ CP : _____ Localité : _____ Commune : _____ Tél fixe: _____ GSM : _____ Email : _____		
Séjour actuel	☐ À l'adresse légale susmentionnée – <i>op der Adress wéi uewe beschriwwen</i> ☐ En hôpital, précisez svp : _____ ☐ Autre, précisez svp : _____ Le client vit seul à la date de la demande : ☐ oui ☐ non		
Personne de contact (information indispensable) Relation avec le client	Nom : _____ Tél (privé) : _____ Tél (bureau) : _____ Adresse : _____ CP : _____ Localité : _____ Email : _____ ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Tuteur / Curateur ☐ Autre, précisez : _____		

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

Soins et Assistance / *Fleeg a Betreierung*

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>	☐	☐	☐
Nutrition - <i>lessen</i>	☐	☐	☐
Mobilité - <i>Bewegung</i>	☐	☐	☐
Soutien - <i>Betreierung</i>	☐	☐	☐

Il existe un plan de prise en charge Assurance Dépendance ? <i>Et gëtt e Fleegeplang vun der Fleegeversécherung?</i>	☐ non ☐ oui, date de décision : _____
Une demande Assurance Dépendance a été introduite ? <i>Et ass eng Demande Assurance Dépendance gemaach ginn?</i>	☐ non ☐ 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>	☐ non ☐ oui, par : _____
Le client fréquente régulièrement un foyer de jour ? <i>De Client geet reegelméisseg an e Foyer de Jour?</i>	☐ non ☐ 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- WICHTIG

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:	☐ Client	☐ Commune
<i>Dës Demande ass agereecht an ennerschriwen ginn vun:</i>	☐ Personne de contact	☐ Service social
Courrier de confirmation à cette demande à envoyer au :	☐ Client	☐ Commune
<i>Bestätigungsbrëif op dës Demande soll geschéckt ginn un:</i>	☐ Personne de contact	☐ 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.*