

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

à retourner à l'Etablissement

| | | |
|---|--|---|
| <p>EHPAD Emmaüs Koenigshoffen <input type="checkbox"/></p> <p>3, rue de la Tour 67087 STRASBOURG Cedex 2 Tél. 03.90.20.44.88</p> | <p>FOYER – LOGEMENT</p> <p>MAISON DE RETRAITE</p> <p>UNITE SOINS LONGUE DUREE</p> <p>UNITE ALZHEIMER</p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |
|---|--|---|

EHPAD Emmaüs Centre Ville

3, rue Ste Elisabeth
67085 STRASBOURG Cedex
Tél. 03.88.14.42.95

EHPAD Siloë (Ostwald)

33, rue de la Tour
67087 STRASBOURG Cedex 2
Tél. 03.90.20.44.88

NOM : NOM de Jeune Fille :

PRENOM : Religion (facultatif) : Paroisse :

Adresse : N° Rue N° tél. :

Commune : Code postal :

Date de naissance : Lieu : Département :

Célibataire : Marié(e) : Veuf(ve) : Divorcé(e) : Nbre d'enfants :

Caisse d'assurance maladie :

N° d'immatriculation à la SECURITE SOCIALE :

Mutuelle : N° d'Adhérent :

Caisse d'assurance vieillesse :

Caisses de retraite complémentaire : N° d'Adhérent :

..... N° d'Adhérent :

..... N° d'Adhérent :

..... N° d'Adhérent :

..... N° d'Adhérent :

| | |
|---|---|
| Bénéficiez-vous de l'Allocation-logement ou de l'A.P.L. ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous titulaire du Fonds National de Solidarité (F.N.S.) ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous bénéficiaire d'une allocation de tierce personne ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous bénéficiaire de l'aide ménagère ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous bénéficiaire de la Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D.) ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous ancien incorporé de force, ou veuve, ou ascendant d'un incorporé de force | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

POUR QUELLE RAISON SOUHAITEZ-VOUS ENTRER DANS NOTRE ETABLISSEMENT ?

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Etat de santé | <input type="checkbox"/> | difficultés liées au logement | <input type="checkbox"/> |
| Décès du conjoint | <input type="checkbox"/> | problème de cohabitation avec la famille | <input type="checkbox"/> |
| Départ des enfants | <input type="checkbox"/> | ne souhaite plus vivre seul (e) | <input type="checkbox"/> |
| Autres raisons | <input type="checkbox"/> | | |

Pensez-vous devoir faire appel à l'Aide Sociale ? OUI NON

Quand souhaitez-vous entrer dans l'établissement ?
dès maintenant plus tard dans quels délais ?

- Voudriez-vous être accueilli (e) :
- en chambre individuelle ou à deux
- en chambre meublée ou amener votre mobilier
- | | | | | | |
|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| le lit | <input type="checkbox"/> | l'armoire | <input type="checkbox"/> | 1 chevet | <input type="checkbox"/> |
| 1 fauteuil | <input type="checkbox"/> | 1 lustre | <input type="checkbox"/> | 1 télé | <input type="checkbox"/> |
| 1 commode | <input type="checkbox"/> | autre | <input type="checkbox"/> | | |

Coordonnées du (des) médecin(s) traitant(s) actuel(s) :
..... Tél :
..... Tél :

Coordonnées de la personne la plus proche (référante) :
.....

Coordonnées des personnes de votre famille proche :
..... Tél :
..... Tél :
..... Tél :
..... Tél :

DEMANDE D'INSCRIPTION ETABLIE PAR

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Le demandeur | <input type="checkbox"/> | La famille | <input type="checkbox"/> | L'assistance sociale | <input type="checkbox"/> |
| Un établissement hospitalier | <input type="checkbox"/> | une autre personne | <input type="checkbox"/> | DATE : | |

SIGNATURE