

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

à retourner à l'Etablissement

EHPAD Emmaüs Koenigshoffen

3, rue de la Tour

67087 STRASBOURG Cedex 2

Tél. 03.90.20.44.88

FOYER – LOGEMENT **MAISON DE RETRAITE** **UNITE SOINS LONGUE DUREE** **UNITE ALZHEIMER** **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 NON Etes-vous titulaire du Fonds National de Solidarité (F.N.S.) ? OUI NON Etes-vous bénéficiaire d'une allocation de tierce personne ? OUI NON Etes-vous bénéficiaire de l'aide ménagère ? OUI NON Etes-vous bénéficiaire de la Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D.) ? OUI NON Etes-vous ancien incorporé de force, ou veuve, ou ascendant d'un incorporé de force OUI NON

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 l'armoire 1 chevet

1 fauteuil 1 lustre 1 télé

1 commode autre

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 La famille L'assistance sociale

Un établissement hospitalier une autre personne

DATE :

SIGNATURE