



# “Association Emmaüs-Diaconesses”

**QUESTIONNAIRE D’INSCRIPTION  
FOYER LOGEMENT DE  
L’EHPAD Emmaüs-Diaconesses Koenigshoffen  
33, rue de la Tour  
67200 STRASBOURG  
☎ 03 90 20 44 88  
✉ mlaudy@diaconesses.fr**

NOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRENOM : .....

RELIGION (Facultatif) : .....Paroisse.....

Adresse : .....

Code postal.....Commune : .....

Téléphone : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....Département : .....

Situation de famille : Célibataire :  Marié(e) :  Veuf(ve) :  Divorcé(e) :

Nombre d’enfants : .....

Caisse d’assurance maladie : .....

N° d’immatriculation à la caisse d’assurance maladie : .....

Mutuelle : .....

N° d’adhérant à la mutuelle : .....

Bénéficiez-vous de l’allocation logement ? OUI  NON

## **SITUATION DE FAMILLE :**

Vivez-vous :

Seul  Avec votre conjoint  Avec vos enfants

Avec un autre membre de votre famille

Bénéficiez-vous de l'aide d'un membre de votre famille ? OUI  NON

Bénéficiez-vous de l'aide du voisinage ? OUI  NON

A quelles occasions ? Courses  Ménage  Repas  Autres

**RENSEIGNEMENTS DIVERS :**

Situation au regard du logement dans lequel vous vivez :

Vous êtes :

Propriétaire  Locataire  Logé à titre gratuit

**POUR QUELLE RAISON SOUHAITEZ-VOUS ENTRER AU FOYER LOGEMENT ?**

Etat de santé  Difficultés liées au logement

Décès du conjoint  Problèmes de cohabitation avec la famille

Départ des enfants  Ne souhaite plus vivre seul

Autres raisons

Quel type de logement souhaitez-vous :

F 1  F 2

Quand souhaitez-vous entrer dans l'établissement ?

Dès maintenant  Plus tard  Dans quels délais.....

➤ Coordonnées de la personne la plus proche (référente) :

.....

 Domicile.....  Portable.....

➤ Coordonnées des personnes de votre famille proche :

✓ .....

 Domicile.....  Portable.....

✓ .....

 Domicile.....  Portable.....

➤ Coordonnées du médecin

traitant : .....

.....Téléphone.....

- **Dossier d'inscription à nous retourner dûment complété.**
- **Il est impératif de faire remplir le questionnaire médical joint par un médecin pour validation du dossier.**
- **Merci de bien vouloir nous transmettre une copie de votre dernier avis d'imposition.**

Date :

Signature :