

1. Objet du séjour

Durée du séjour ☐ Long séjour ☐ Court séjour (avec retour à domicile)
☐ Long séjour en attente de placement dans un autre EMS
(hors Les Fleurs du Temps)

Inscription ☐ Urgente ☐ Non urgente

Site souhaité Numérotez dans l'ordre préféré les sites souhaités (1 = le préféré). Les sites de Grimisuat et Saillon n'accueillent pas de court séjour.

_____ Charrat _____ Fully _____ Grimisuat
_____ Leytron _____ Saillon

2. Données administratives

Appellation ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de famille _____

Nom de jeune fille _____

Prénom _____

Date de naissance _____ No AVS _____

Nationalité ☐ CH ☐ autre (précisez) _____

Lieu d'origine _____

Langue maternelle ☐ français ☐ autre (précisez) _____

Etat civil ☐ célibataire ☐ marié ¹⁾²⁾ ☐ partenariat enregistré ¹⁾²⁾
☐ séparé ¹⁾ ☐ divorcé ¹⁾ ☐ veuf ¹⁾²⁾

¹⁾ Depuis (jour mois année) _____

²⁾ Conjoint Nom _____

Prénom _____

Téléphone _____

Courriel _____

Faites-vous ménage commun ☐ oui ☐ non

Confession _____

Ancienne profession _____

Nom / prénom du père _____

Nom de jeune fille / prénom de la mère _____

3. Adresse

Rue / numéro
NPA / localité
Commune fiscale depuis le
Téléphone
Courriel

4. Situation actuelle

Où séjournez-vous ☐ à domicile ☐ à l'hôpital de
☐ autre (précisez)

Médecin traitant nom / prénom
localité
téléphone
Seul un médecin traitant qui se déplace à l'EMS du résident peut assumer le rôle de médecin traitant.

Caisse-maladie (LAMal) nom
Etes-vous au bénéfice d'une allocation d'impotence ☐ oui ☐ non ☐ demande en cours
Si oui, de quel degré ☐ faible ☐ moyenne ☐ grave
Etes-vous au bénéfice de prestations complémentaires ☐ oui ☐ non ☐ demande en cours

5. Pharmacie désirée

Choisissez votre pharmacie parmi les pharmacies partenaires suivantes.

☐ Pharmacie BENU SA, Ayent	☐ Pharmacie de Charnot SA, Fully
☐ Pharmacie von Roten SA, Fully	☐ Pharmacie Les Crêtes SA, Grimisuat
☐ Pharmacie de Leytron, Leytron	☐ Pharmacie de Saillon SA, Saillon

6. Représentation

6.1. Représentant administratif

☐ Je gère mes affaires administratives de manière autonome.

☐ Un tiers gère mes affaires administratives :
Nom / prénom
En qualité de ☐ curateur (joindre une copie de la décision)
☐ mandataire selon procuration administrative (à joindre)
☐ mandataire selon mandat pour cause d'incapacité entré en force (preuves à joindre)

Les factures sont à envoyer par :

- ☐ courrier postal
- ☐ courriel (précisez l'adresse)
- ☐ eBill (précisez l'adresse de courriel associée à la boîte aux lettres eBill)

6.2. Représentant thérapeutique

☐ Je gère mes intérêts thérapeutiques et médicaux de manière autonome.

☐ Un tiers gère mes intérêts thérapeutiques et médicaux :

Nom / prénom

En qualité de

- ☐ curateur (joindre une copie de la décision)
- ☐ mandataire selon procuration thérapeutique (à joindre)
- ☐ mandataire selon mandat pour cause d'incapacité entré en force (preuves à joindre)

7. Contacts

Nombre d'enfants

Si vous avez des enfants, nous vous prions de les mentionner ci-dessous, même si vous n'entretenez pas de contact avec l'un d'eux ; si vous n'avez pas d'enfant, mentionner la parenté la plus proche.

Appellation ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom / prénom

Rue / numéro

NPA / localité

Téléphone

Courriel

Relation (fils, époux, etc)

Appellation ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom / prénom

Rue / numéro

NPA / localité

Téléphone

Courriel

Relation (fils, époux, etc)

Appellation ☐ Monsieur ☐ Madame
Nom / prénom
Rue / numéro
NPA / localité
Téléphone
Courriel
Relation (fils, époux, etc)

Appellation ☐ Monsieur ☐ Madame
Nom / prénom
Rue / numéro
NPA / localité
Téléphone
Courriel
Relation (fils, époux, etc)

Appellation ☐ Monsieur ☐ Madame
Nom / prénom
Rue / numéro
NPA / localité
Téléphone
Courriel
Relation (fils, époux, etc)

Appellation ☐ Monsieur ☐ Madame
Nom / prénom
Rue / numéro
NPA / localité
Téléphone
Courriel
Relation (fils, époux, etc)

8. Remarques

9. Copies des documents à fournir

Documents	Long séjour	Court séjour
Pièce d'identité valable	✓	✓
Permis de séjour valable (pour les étrangers)	✓	✓
Livret de famille (pour les personnes mariées ou veuves) ou Certificat individuel d'état civil (pour les personnes célibataires, séparées ou divorcées)	✓	✓
Attestation de domicile récente (~3 mois, à demander au Contrôle des habitants de la commune de domicile)	✓	✓
Décision de curatelle (si existante) ou Mandat pour cause d'incapacité (si existant) ou Procuration administrative (le cas échéant) Procuration thérapeutique (le cas échéant)	✓	✓
Carte d'assurance-maladie LAMal	✓	✓
Décision d'allocation pour impotent (si existante)	✓	✓
Décision de prestations complémentaires ou preuve de demande en cours (si existante)	✓	✓
Directives anticipées (si existantes)	✓	✓
Police d'assurance responsabilité civile (RC)	✓	✓
Formulaire de Détermination de la participation des assurés aux coûts des soins (annexé)	✓	
Dernière décision de taxation (impôts)	✓	

10. Validation

Je certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus et prends note que la demande d'admission doit être intégralement complétée et les documents mentionnés au point 9 fournis pour que la demande soit prise en considération.

La déclaration relative à la protection des données est disponible en format numérique sous <https://lesfleursdutemps.ch> et fait partie intégrante de cette demande d'admission ; dès lors je consens au traitement de mes données.

Lieu et date

Demande faite par (nom / prénom
à écrire de manière lisible)