

**DEMANDE D'ADMISSION COURT SEJOUR**

Dès le.....

NOM, NOM D'ALLIANCE ET PRENOM.....

No AVS.....No de CHAMBRE.....

No AVS CONJOINT.....PRENOM DU CONJOINT.....

NOM et PRENOM DU PERE.....de la MERE.....

ETAT CIVIL.....RELIGION.....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....

NATIONALITE.....ORIGINE.....VENANT DE.....

DOMICILE LEGAL.....

.....Tél: .....

FORMALITES EN CAS DE DECES.....PF.....

MEDECIN TRAITANT.....VILLE.....

CAISSE-MALADIE + No D'Affilié à 20 chiffres inscrit sur votre carte d'assurance maladie  
(y.c. assurance accident) .....**Pour les confédérés** : Date de la dernière entrée dans le canton : .....

Dernier domicile hors du canton : .....

**Pour les étrangers** : Date d'arrivée en Suisse : .....

Permis .....Echéance.....

Avez-vous déjà fait des courts séjours en EMS durant l'année en cours ? .....

Si oui lesquels:

EMS .....date.....

EMS.....date.....

Votre fortune réalisable dépasse-t-elle Fr. 100'000.— ? .....

Etes-vous au bénéfice d'une allocation pour impotent ? oui/non (biffer ce qui ne convient pas)

Si oui, de quel montant ? .....

**DEMANDE D'ADMISSION COURT SEJOUR**

PERSONNES A AVERTIR.....

ADRESSE.....

.....

**ENFANT VIVANT HORS MENAGE**

| Noms et prénoms | Adresse/Activité | Téléphone |
|-----------------|------------------|-----------|
|-----------------|------------------|-----------|

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | ..... |
|-------|-------|-------|

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | ..... |
|-------|-------|-------|

**PARENTS OU AMIS RESIDENT**

| Nom et prénoms | degré | Adresse | Téléphone |
|----------------|-------|---------|-----------|
|----------------|-------|---------|-----------|

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | ..... | ..... |
|-------|-------|-------|-------|

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | ..... | ..... |
|-------|-------|-------|-------|

TUTEUR, CURATEUR, OU REpondant :

.....

.....

Nom et adresse de la personne payant la facture :

.....

.....

## DEMANDE D'ADMISSION COURT SEJOUR

### **IMPORTANT**

Le résident est responsable, pendant son séjour, de son bip. En cas de dommage, il en assumera les frais de réparation.

Les factures sont payables à 10 jours net. Un intérêt de retard de 5 % est facturé dès le 31ème jour de retard.

La Fondation GAMBETTA n'est pas responsable du linge non marqué, des effets personnels, tels que chaises roulantes, cannes etc., ainsi que des valeurs et bijoux. Les objets et effets personnels ne sont pas assurés contre l'incendie ou le vol par l'institution.

L'utilisation de radiateurs électriques est interdite pour des raisons de sécurité.

Le résident et/ou le répondant reconnaissent avoir reçu une documentation concernant la Fondation GAMBETTA, la C 21-1-21 Liste des prestations supplémentaires à choix, la C 21-1-24 Liste des prestations ordinaires à choix et une copie de la demande d'admission.

Le résident et son répondant ont pris note que, selon les nouvelles lois, la Fondation Gambetta est un établissement SANS FUMEE.

Veillez nous faire savoir au plus vite tout changement de vos coordonnées afin que nous puissions vous joindre en cas d'urgence.

Lue et approuvée.....Signature.....