

Nom du foyer (*le foyer est déterminé par le domicile*):

La personne accueillie

Nom:

Prénom:

Adresse:

Code postal:

Localité:

Étage:

Code porte:

Téléphone:

Tél. portable:

Situation à domicile:

vit seul(e)

Autre (*à préciser*):

Date de naissance:

État civil:

Nationalité:

Assurance maladie:

No assuré:

Prestations complémentaires de l'AVS: oui non

Allocation impotent: oui non

Curatelle:

oui

non

Inscription en EMS:

oui

le(s)quel(s):

Adresse pour facturation: idem ci-dessus

Autre (*à préciser*):

Entourage, personne(s) à contacter

Nom:

Prénom:

Lien familial ou autre:

Adresse:

Téléphone fixe:

Tél. portable:

E-mail:

Nom:

Prénom:

Lien familial ou autre:

Adresse:

Téléphone fixe:

Tél. portable:

E-mail:

Médecin traitant

Nom:

Prénom:

Adresse:

Téléphone fixe:

Tél. portable:

E-mail:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Téléphone fixe:

Tél. portable:

E-mail:

Aide à domicile

Institution: secteur AMD:

Infirmier(ère):

Téléphone: Fax: Tél. portable:

Organisation de l'aide à domicile (*passage infirmier, douches, repas, semainier, autres*):

Motif de la demande, objectifs souhaités:

Description générale de la situation, état de santé, autonomie:

Jour souhaité: Transport demandé: Autre transporteur:

Eléments importants à prendre en considération
(*allergie, médicaments, alimentation, risque de chute, désorientation, autre*):

Personne qui fait la demande d'inscription:

Personne à contacter pour organiser la journée d'essai:

l'intéressé(e) Autre:

Remarques:

Genève, le

