

EMS de la Maison de Retraite du Petit-Saconnex

DEMANDE D'ADMISSION

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'inscription ne pourra être acceptée qu'avec des données complètes

Nom

Prénom

Adresse

N° postal localité

Téléphone(s)

Date de naissance état civil

Lieu d'origine de naissance

Nationalité confession

Domicilié à Genève depuis

Nom et prénom du père

Nom et prénom de la mère née

Etat civil célibataire marié(e) le

veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) le

Conjoint nom, prénom

date de naissance jour mois année

lieu de résidence (si différent du vôtre)

Coordonnées des proches

Nom, prénom

Adresse

Téléphone Lien de parenté

Nom, prénom

Adresse

Téléphone Lien de parenté

Nom, prénom

Adresse

Téléphone Lien de parenté

EMS de la Maison de Retraite du Petit-Saconnex

Avenue Trembley 12 1209 GENEVE Tél. 022 730 71 11 Fax 022 730 78 05

EMS de la Maison de Retraite du Petit-Saconnex

DEMANDE D'ADMISSION

SITUATION FINANCIERE

Les informations doivent être fournies de manière complète et détaillée. Elles seront traitées confidentiellement par les collaborateurs autorisés et mises à jour lors de l'entrée dans l'Etablissement.

	<u>Versés par</u>	<u>Montants mensuels</u>
AVS N°	CHF
Retraite, fonds de pension	CHF
Autres rentes	CHF
PC (ex OCPA) N°	CHF
Rente viagère	CHF
Autres revenus	CHF
Revenu de la fortune		CHF

<u>Éléments de fortune (année en cours)</u>	<u>Date</u>	<u>Montants</u>
Banque	CHF
Banque	CHF
Banque	CHF
Titres	CHF
Compte postal	CHF

Biens immobiliers

Maison(s) <input type="checkbox"/> Terrain(s) <input type="checkbox"/>	Valeur de vente	CHF
Usufruit d'un droit d'habitation		CHF

Biens dont vous vous êtes dessaisés

Maison(s) <input type="checkbox"/> Terrain(s) <input type="checkbox"/>	Date donation	CHF
Argent	Date donation	CHF
Nom(s) du(des) bénéficiaires(s)		

identité

EMS de la Maison de Retraite du Petit-Saconnex

Avenue Trembley 12 1209 GENEVE Tél. 022 730 71 11 Fax 022 730 78 05

EMS de la Maison de Retraite du Petit-Saconnex

DEMANDE D'ADMISSION

ASSURANCES

Assurance maladie (base) N° d'assuré(e)

Assurance maladie (compl) N° d'assuré(e)

Montant de la cotisation CHF / mois

Autres assurances

.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous déjà séjourné dans une Résidence/EMS ?

Si oui, où et quand

Recevez-vous une allocation pour impotence ?

Si oui, dès le Degré impotence

Nom et adresse de votre caisse de compensation AVS :

.....

Etes-vous déjà en contact avec le Service des prestations complémentaires

(ex-OCPA)

Si oui, N° de référence

Important :

Jusqu'au moment de son entrée à la Maison de Retraite du Petit-Saconnex, le candidat indiquera ses changements d'adresse, d'état civil, ainsi que toute modification importante de sa situation financière.

L'admission définitive dans un autre établissement annule l'inscription sur notre liste d'attente.

Le candidat soussigné déclare avoir répondu avec exactitude et de manière complète aux questions figurant sur les trois pages de la présente demande.

Lieu et date

Signature

.....

.....

identité

EMS de la Maison de Retraite du Petit-Saconnex

Avenue Trembley 12 1209 GENEVE Tél. 022 730 71 11 Fax 022 730 78 05