



**MRPS**

Maison de Retraite  
du Petit-Saconnex

## DEMANDE D'ADMISSION

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

**Les renseignements personnels seront inscrits sur un site sécurisé  
de réseau de soins.**

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

---

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

N° postal / localité .....

Téléphone(s) .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance ..... Origine .....

Nationalité ..... Confession .....

Domicilié à Genève depuis .....

**Etat civil**                    célibataire                     marié(e)                     le

Veuf (ve)                     divorcé(e)                     séparé(e)                     le

**Conjoint**    Nom, Prénom .....

Nom et prénom du père .....

Nom de jeune fille et prénom de la mère .....

Avez-vous déjà séjourné dans une résidence/EMS ?

Si oui, où et quand ? .....

### ASSURANCES

---

Assurance maladie (base) ..... Montant mensuel : .....

Assurance maladie (compl.) ..... Montant mensuel : .....

Autres assurances ..... Montant mensuel : .....

Médecin traitant .....

**SPC**

Bénéficiez-vous des Prestations Complémentaires? Oui  Non

Si oui, N° SPC : .....

Demande en cours ? Oui  Non

Si oui, date de la demande : .....

**Revenus (Merci d'inscrire le montant de la rente)**

Rente AVS / N° 756. .... Oui  Non

Montant : CHF .....

Rente 2<sup>ème</sup> pilier (LPP) ? Oui  Non

Montant : CHF .....

Rente 3<sup>ème</sup> pilier ? Oui  Non

Montant : CHF .....

Rente d'impotence ? Oui  Non

Montant : CHF .....

Autres rentes (viagère, étrangère) ? Oui  Non

Montant : CHF .....

**Etat des comptes**

Joindre une copie des relevés du mois précédent de tous les comptes bancaires et/ou postaux.

Banque ..... CHF.....

Banque ..... CHF.....

Banque ..... CHF.....

Banque ..... CHF.....

**Propriétés immobilières**

Êtes-vous propriétaire de biens immobiliers ? Oui  non

Si oui :

Maison(s)  Terrain(s)  Valeur de vente CHF .....

Bénéficiez-vous d'un usufruit lié à un droit d'habitation ? Oui  non

**Donations, désaisissements et pertes financières**

Avez-vous réalisé une ou plusieurs donations en faveur de membres de votre famille ou de tiers ? Oui  non

Si oui :

Maison(s)  Terrain(s)  Date donation ..... CHF .....

Somme d'argent  Date donation ..... CHF .....

Nom(s) du (des) bénéficiaires(s) .....

**Assurance vie**

Avez-vous contracté une ou plusieurs assurances vie ? Oui  non

Si oui, veuillez indiquer le montant CHF .....

**Etat des créances**

Avez-vous des dettes ? Oui  non

Si oui, veuillez indiquer le montant CHF .....

**Coordonnées des proches**

- 1. Nom, Prénom .....  
    Adresse .....  
    Téléphone ..... Lien de parenté .....
  
- 2. Nom, Prénom .....  
    Adresse .....  
    Téléphone ..... Lien de parenté .....
  
- 3. Nom, Prénom .....  
    Adresse .....  
    Téléphone ..... Lien de parenté .....
  
- 4. Nom, Prénom .....  
    Adresse .....  
    Téléphone ..... Lien de parenté .....

**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 quatre pages de la présente demande.**

**Lieu et date**

**Signature**

.....

.....

Identité : .....