



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^{ème} pilier (LPP) ? Oui Non

Montant : CHF

Rente 3^{ème} 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 :