

Demande d'admission à envoyer à :

Centre de Coordination, Rte St-Nicolas de Flüe 2, 1700 Fribourg, Tél 026 425.55.25

CANDIDAT (E)		
Nom, prénom :		Etat civil : N° AVS :
Rue	NPA	Localité
Nationalité	Téléphone 1	Téléphone 2
Date de naissance	Lieu de naissance	Lieu d'origine
DEMANDE DE SEJOUR		
Type de séjour : <input type="checkbox"/> Court séjour <input type="checkbox"/> Long séjour <input type="checkbox"/> Foyer de jour <input type="checkbox"/> Unité soins pour déments <input type="checkbox"/> UATO	Entrée : <input type="checkbox"/> Immédiate <input type="checkbox"/> 15 jours <input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois	Date de demande : 1 ^{er} choix d'EMS : 2 ^e choix d'EMS :
SITUATION LORS DE LA DEMANDE		
Se trouve : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> UATO <input type="checkbox"/> Autre EMS : <input type="checkbox"/> Hôpital : Depuis :	Intervention des soins à domicile <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Soins à domicile depuis :	<input type="checkbox"/> Vit seul (e) <input type="checkbox"/> Avec conjoint <input type="checkbox"/> Avec enfant (s) <input type="checkbox"/> Animaux de compagnie <input type="checkbox"/> Autre
PRESTATIONS ET ALLOCATIONS		
Rente AVS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prestations complémentaires	
Rente AI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> PC Domicile <input type="checkbox"/> PC Home	
Allocation impotence <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres rentes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES		
Habite dans le canton depuis	Papiers déposés à	
Langues parlées	Religion	
	Dernière profession	
ASSURANCE MALADIE		
Compagnie d'assurance	N° d'assuré	
Agence	N° carte	

Demande d'admission à envoyer à :

Centre de Coordination, Rte St-Nicolas de Flüe 2, 1700 Fribourg, Tél 026 425.55.25

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE		
Compagnie d'assurance		N° d'assuré
Type d'assurance <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Demi-privé		
MEDECIN TRAITANT		
Nom, prénom		Téléphone
Rue	NPA	Localité
Email		
REPRESENTANT ADMINISTRATIF		
<input type="checkbox"/> Aucune curatelle <input type="checkbox"/> Candidat sous curatelle <input type="checkbox"/> Demande curatelle en cours		
Nom, prénom		Lien de parenté
Rue	NPA	Localité
Email	Téléphone 1	Téléphone 2
REPRESENTANT THERAPEUTIQUE		
Nom, prénom		Lien de parenté
Rue	NPA	Localité
Email	Téléphone 1	Téléphone 2
PROCHE 1		
Nom, prénom		Lien de parenté
Rue	NPA	Localité
Email	Téléphone 1	Téléphone 2
PROCHE 2		
Nom, prénom		Lien de parenté
Rue	NPA	Localité
Email	Téléphone 1	Téléphone 2
DEMANDE REMPLIE PAR		
Nom, prénom		Fonction / lien
Téléphone	Email	
Remarques		