



HOME OASIS SA

Combe-Aubert 6

2720 TRAMELAN

☎ 032 487 55 44

☎ 032 487 55 46

DEMANDE D'ENTRÉE A COMPLÉTER ENTièrement

Données personnelles

Nom _____ Nom (de célibataire) _____
Prénom _____ Lieu d'origine _____
Date de naissance _____ Lieu de naissance _____
No AVS _____ Profession _____
Etat civil _____ Depuis _____
Confession _____ Lieu de séjour actuel _____
Dernière adresse _____ NPL & Localité _____
Nom de la localité où les papiers sont déposés _____
Rente d'impotence (oui ou non) _____ Si oui, degré _____ dès le _____
Langue maternelle _____
Téléphone _____ Adresse mail _____
Nom conjoint _____ Prénom du conjoint _____
Caisse maladie _____ Agence / Lieu _____
No membre _____ Téléphone _____
Médecin de famille
(Nom, lieu et no de téléphone) _____

Niveau de dépendance de la personne (à cocher)

- complètement indépendante
- besoin d'aide partielle
- soins journaliers
- soins à domicile ou aide familiale
- soins permanents (jour et nuit)

Demande d'entrée (à cocher) :

définitive provisoire urgente autre _____

Est-vous annoncé(e) dans une autre institution ? Si oui, merci d'indiquer le nom et le lieu :

Les documents ci-dessous sont à remettre **au plus tard la veille de l'entrée** dans notre institution :

- mandat pour cause d'inaptitude (si existant ou si la personne est apte à le compléter)
- directives anticipées (si existantes ou si la personne est apte à les compléter)
- certificat médical du médecin traitant

Inscrivez ci-après les personnes de contact « Famille - Ami(e) - Responsable »

Nom 1. _____ Prénom _____
Adresse _____ NPL & Localité _____
Téléphone Privé _____ Téléphone prof. _____
Adresse mail _____
Préciser le lien de parenté _____
(fille, neveu, ami, etc.)

Nom 2. _____ Prénom _____
Adresse _____ NPL & Localité _____
Téléphone Privé _____ Téléphone prof. _____
Adresse mail _____
Préciser le lien de parenté _____
(fille, neveu, ami, etc.)

Nom 3. _____ Prénom _____
Adresse _____ NPL & Localité _____
Téléphone Privé _____ Téléphone prof. _____
Adresse mail _____
Préciser le lien de parenté _____
(fille, neveu, ami, etc.)

Veillez noter le nom de la personne responsable pour le paiement des factures de pension et soins

Nom _____ Prénom _____
Adresse _____ NPL & Localité _____
Téléphone Privé _____ Téléphone prof. _____
Adresse mail _____
Remarques – observations _____

Remarque : l'inscription de la personne n'engage à rien ni légalement ni financièrement. Nous vous remercions de bien vouloir nous informer si elle trouverait une autre place ou si elle venait à décéder.

Lieu et date _____ Signature _____