

DEMANDE D'ACCUEIL DE PROXIMITE

Afin de ne pas alourdir le texte, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique ; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

Le demandeur doit impérativement être en âge AVS, être domicilié dans le canton, et bénéficier d'un proche aidant.

1. IDENTITE DU DEMANDEUR

SENIOR Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Etat civil :

Adresse :

NPA : Localité :

PROCHE AIDANT Madame Monsieur

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

NPA : Localité :

N° téléphone :

Adresse email :

Lien de parenté :

2. SITUATION SOCIALE ET ETAT DE SANTE DU DEMANDEUR

Vit seul-e Vit avec la personne proche aidante Autre (à préciser) :

Mobilité réduite : Oui Non

Si oui, moyen auxiliaire : Rolateur Fauteuil roulant

Risque de chutes : Oui Non Intolérance alimentaire : Oui Non

Incontinence : Oui Non Troubles cognitives : Oui Non

Eléments importants à considérer : (allergies, médicaments, etc.) :

3. PRESTATIONS SOUHAITEES (cochez la case qui convient)

Forfait :	Forfait matinée	Forfait midi	Forfait après-midi	Forfait journée
Horaires :	10h00 - 12h00	12h00 - 14h00, repas de midi inclus	14h00-17h00	10h00-17h00, repas de midi inclus
Tarifs / jour :	CHF 15.-	CHF 18.-	CHF 19.-	CHF 52.-
Journée :				
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquence :				
2 x p/ semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 x p/ semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 x p/ mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :				

Accueil souhaité dès le :

Pour confirmer de manière définitive votre réservation, un contrat d'accueil de proximité, sera établi et signé, ceci une fois l'inscription acceptée.

La présente demande d'admission est à retourner à l'adresse figurant en bas de page, ou par email à contactuapvendee@hageslancy.ch.

Par sa signature, le demandeur ou son proche aidant atteste de l'authenticité des diverses informations communiquées dans la présente demande, et est informé et consent au traitement des données personnelles du demandeur par l'HAGES, ceci dans le cadre de la présente demande d'accueil.

Date :

**Signature du demandeur
ou du proche aidant :**

A NE PAS REMPLIR (à usage exclusif de l'HAGES)

Demande Acceptée Refusée

Motif du refus éventuel : _____

Date :

Signature :