

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 :	
N° téléphone fixe / portable :		

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 cognitifs : ☐ 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 8.-	CHF 18.-	CHF 12.-	CHF 35.-
Journée :				
Lundi	☐	☐	☐	☐
Mardi	☐	☐	☐	☐
Mercredi	☐	☐	☐	☐
Jeudi	☐	☐	☐	☐
Vendredi	☐	☐	☐	☐
Fréquence :				
2 x p/ semaine	☐	☐	☐	☐
1 x p/ semaine	☐	☐	☐	☐
1 x p/ mois	☐	☐	☐	☐
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 :