**Accueil de proximité en EMS**

**Formulaire d’inscription**

**Bénéficiaire**

Madame  Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse :

NPA : Lieu :

Téléphone : Téléphone portable :

Adresse e-mail :

Date de naissance : Etat civil : Choisissez un élément.

**Proche aidant**

Madame  Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse :

NPA : Lieu :

Téléphone : Téléphone portable :

Adresse e-mail :

Lien avec le·la bénéficiaire :

**Situation sociale et état de santé**

Vit  Seul·e  Avec la personne proche aidante

Autres (à préciser) :

Mobilité réduite :  Oui  Non

Si oui, moyen auxiliaire utilisé :  Rollator  Fauteuil roulant

Tendance aux chutes :  Oui  Non

Incontinence :  Oui  Non

Troubles cognitifs :  Oui  Non

Éléments importants à considérer (allergies, médicaments, alimentation, etc.) :

**Prestations souhaitées**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Forfait matinée : 10h00 – 12h00 | CHF 15.-/jour |
|  | Forfait repas de midi : 12h00 – 14h00 | CHF 18.-/jour |
|  | Forfait après-midi : 14h00 – 16h30 | CHF 19.-/jour |
|  | Forfait journée (repas inclus) : 10h00 – 16h30 | CHF 52.-/jour |

Jour(s) d’accueil souhaité(s) (du lundi au vendredi) :

Fréquence d’accueil souhaitée :

Accueil souhaité dès le (date) :

**Date** : **Signature du·de la bénéficiaire** :