ASSOCIATION GENEVOISE DES FOYERS POUR PERSONNES ÂGÉES

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom du foyer *(le foyer est déterminé par le domicile)* : **Butini terrasse**

La personne accueillie

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Localité :

Étage : Code porte :

Téléphone : Tél. portable :

Situation à domicile : ☐ vit seul(e) ☐ Autre *(à préciser)* :

Date de naissance : État civil : - Nationalité :

Assurance maladie : No assuré :

Prestations complémentaires de l'AVS : ☐ oui ☐ non Allocation impotent : ☐ oui ☐ non

Curatelle : ☐ oui ☐ non Cogeria: ☐ Cara: ☐

Inscription en EMS : ☐ oui le(s)quel(s):

Adresse pour facturation : ☐ idem ci-dessus ☐ Autre *(à préciser)* :

Entourage, personne(s) à contacter

Nom : Prénom : Lien familial ou autre :

Adresse :

Téléphone fixe : Tél. portable : E-mail :

Nom : Prénom : Lien familial ou autre :

Adresse :

Téléphone fixe : Tél. portable : E-mail :

Médecin traitant

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Tél. portable : E-mail :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Tél. portable : E-mail :

Aide à domicile

Institution : secteur AMD :

Infirmier(ère) :

Téléphone : Fax : Tél. portable :

Organisation de l'aide à domicile *(passage infirmier, douches, repas, semainier, autres)* :

Motif de la demande, objectifs souhaités :

Description générale de la situation, état de santé, autonomie :

Jour souhaité : Transport demandé : ☐ Autre transporteur :

Eléments importants à prendre en considération
(allergie, médicaments, alimentation, risque de chute, désorientation, autre) :

Personne qui fait la demande d'inscription :

Personne à contacter pour organiser la journée d'essai :

☐ l'intéressé(e) ☐ Autre :

Remarques :

Genève, le