

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

### 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

