

**Questionnaire à renvoyer à :**

**EMS Les Marronniers - 9, Ch. de la Bessonnette - 1224 Chêne-Bougeries**

**Pour d'autres renseignements, consulter le site : [www.marronniers.ch](http://www.marronniers.ch)**

Le prix de pension de l'EMS Les Marronniers, fixé par le Département de la Solidarité et de l'Emploi est de **CHF 255.-** par jour, auxquels s'ajoutent **CHF 8.-** par jour, à titre de participation aux frais médicaux, selon LAMal.

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Lieu :** .....

**Commune et Canton d'origine :** .....

**Nationalité :** ..... **Permis :** .....

**Langue(s) parlée(s) :** .....

**Etat civil :** ..... **Confession :** .....

**Profession exercée :** .....

**Fils/Fille de (Nom et prénom du père) :** .....

**et de (Nom de jeune fille et prénom de la mère) :** .....

**Date d'arrivée en Suisse :** .....

**Date d'arrivée à Genève :** .....

**Adresse :** ..... **Téléphone :** .....

.....

**Motif de la demande :** .....

**Nom de la caisse-maladie pour l'assurance de base :** .....

**N° d'assuré :** .....

**Montant de la cotisation mensuelle : CHF** .....

Nom de la caisse maladie pour les assurances complémentaires.....

N° d'assuré : .....

Montant de la cotisation mensuelle : CHF .....

Etes-vous suivi par le Centre d'Action Sociale  
et de Santé de votre quartier ? Oui  Non

Si oui quel votre N° de dossier CASS : .....

Personne de référence du CASS : .....

---

**Personne de référence principale :**

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Lien de parenté :** .....

Adresse : .....

..... Code Postal ..... Pays : .....

Tél. privé : ..... Tél. prof : ..... Tél. portable : .....

E-mail : .....

---

**Autres personnes de référence :**

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Lien de parenté :** .....

Adresse : .....

..... Code Postal ..... Pays : .....

Tél. privé : ..... Tél. prof : ..... Tél. portable : .....

E-mail : .....

---

**Autres personnes de référence :**

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Lien de parenté :** .....

Adresse : .....

..... Code Postal ..... Pays : .....

Tél. privé : ..... Tél. prof : ..... Tél. portable : .....

E-mail : .....

**Médecin traitant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

**Derniers séjours hospitaliers :** Date : .....

Nom et adresse de l'établissement : .....

**Moyens auxiliaires :**

La personne possède-t-elle un moyen auxiliaire, si oui lequel : .....

**Directives anticipées :**

Avez-vous rédigé des directives anticipées ?

Oui

Non

**Dispositions de fin de vie :**

Quelles sont les démarches à suivre (nom du cimetière, don du corps à la médecine, incinération, autres) : .....

**Pour les personnes de confession israélite :**

Etes-vous membre de la Communauté Israélite de Genève ?

Oui

Non

Etes-vous membre d'une autre communauté juive ? .....

Si oui, laquelle ?.....

Prénom hébraïque : .....

Je soussigné, déclare sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets.

**Demande remplie par :** .....

**Signature du requérant ou de son représentant :** .....

**Lieu et date :** .....