

Pertuis-du-Sault 18  
2000 Neuchâtel

Tél. +41 (0)32 727 11 11  
Fax +41 (0)32 727 11 10

home.ermitage@ne.ch  
www.home-ermitage.ch

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**Nom de l'institution :** Home de l'Ermitage

**Inscription** :  Séjour à demeure  
 Séjour temporaire  
Durée approximative (minimum 3 semaines) :

**Type de patient :**  DELICE  PLAISIR

### Identité :

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Etat civil :
Adresse :	NP Domicile :
Date de naissance :	Origine :
N° AVS : 756.	Confession :
Téléphone :	Canton du domicile :

### Répondant administratif et financier :

Le(la) résidant(e)  Lien familial :  Curateur  Tuteur  Autre

Procuration :  Oui (fournir une copie)  Non

Nom :	Prénom :
Adresse :	NP Domicile :
Téléphone :	Natel :
Tél. professionnel :	E-mail :

**Représentant thérapeutique :**  Oui  Non

Lien :

Procuration :  Oui (fournir une copie)  Non

Nom :	Prénom :
Adresse :	NP Domicile :
Téléphone :	Natel :
Tél. professionnel :	E-mail :

**Directives anticipées :**             Oui             Non  
(Merci de fournir une copie)

**Assurance maladie :**

Ass. de base LAMAL :	N° assuré :
Ass. Complémentaire LCA :	N° assuré :

**Financier :**

Rente AVS (montant) :
LPP (2 <sup>ème</sup> pilier) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Montant :
Autres rentes :
Avez-vous une allocation d'impotence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Degré : <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> grave
Avez-vous une allocation d'invalidité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (personne n'ayant pas l'âge AVS)
Prestations complémentaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PC domicile <input type="checkbox"/> PC home

**Médecins :**

Médecin traitant :
Médecin employeur :

**Personnes de contact :**

Lien :	
Nom :	Prénom :
Adresse :	NP Domicile :
Téléphone :	Natel :
Tél. professionnel :	E-mail :

**Motifs de l'inscription :**

**Informations complémentaires (biopsychosociales) :**

**Inscriptions faites dans d'autres institutions :**

**Signature(s) du demandeur et/ou de son répondant :**

**Lieu et date :**