

Demande d'admission

18 Dans quel type d'habitat vivez-vous actuellement ? (biffez ce qui ne convient pas)

A) Villa B) Appartement en PPE C) Appartement en location

D) Autres:

Rencontrez-vous des difficultés liées à l'architecture et à l'aménagement de votre logement ?

De quels types sont-elles ?

19 Médecin traitant

Je donne l'autorisation de le contacter* (biffez ce qui ne convient pas) Oui / Non

* Seuls des renseignements liés à l'habitat en LADA peuvent éventuellement être sollicités.

Nom: Prénom:

Rue:

N° postal: Localité:

N° de téléphone:

20 Eventuelle personne de référence

Membre de la famille / Soutien, Tuteur / Curateur, etc.

Nom: Prénom:

Rue:

N° postal: Localité:

N° de téléphone/portable

Lieu et date:

Signature: Signature du conjoint:

Eventuellement, signature du tuteur ou curateur:

Formulaire à retourner en un exemplaire à l'adresse ci-dessous:



Coopérative Les Savoies

Coopérative Les Savoies
Commission d'admission
Yves Nicolier
Rte du Château 5
1580 Oleyres

Tél. 026 675 14 20



Les logements adaptés avec accompagnement (LADA) sont, en principe, réservés aux personnes âgées au sens de la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale du 24 janvier 2006. Leur obtention est préalablement soumise à l'examen d'une commission d'attribution.

1	Date souhaitée de début de location:
2	Type d'appartement souhaité: (biffez ce qui ne convient pas) 2 pièces / 3 pièces
3	Vos coordonnées
	Nom: Prénom:
	Date de naissance: Profession (dernière exercée):
	Adresse actuelle
	Rue:
	N° postal: Localité:
	N° de téléphone / portable:
4	Etat civil (biffez ce qui ne convient pas)
	A) Célibataire B) Marié(e) C) Divorcé(e) D) Séparé(e) E) Veuve/ Veuf
5	Votre conjoint(e)
	Nom: Prénom:
	Date de naissance: Profession (dernière exercée):
	Adresse actuelle
	Rue:
	N° postal: Localité:
	N° de téléphone / portable:
6	Situation de votre conjoint(e) (biffez ce qui ne convient pas)
	A) Reste à son domicile B) Habite en institution (EMS ou autre) C) Nous souhaitons habiter ensemble dans le LADA D) Autre:
7	Etes-vous propriétaire d'un véhicule ?
	Auto: Plaque n°
	Moto: Plaque n°
	Scooter: Plaque n°
	Véhicule spécial (moteur électrique) Plaque n°
	Souhaitez-vous une place de parc pour ce ou ces véhicule(s) ?
	(biffez ce qui ne convient pas) Oui / Non
8	Etes-vous propriétaire d'une RC privée ? (biffez ce qui ne convient pas) Oui / Non
	Si oui, nom de la compagnie:
9	Possédez-vous un animal ? (biffez ce qui ne convient pas) Oui / Non
	Si oui, lequel ?
	Pour un chien, quelle race ?

10	Pouvez-vous verser une garantie ? (biffez ce qui ne convient pas) Oui / Non
11	Avez-vous des poursuites en cours ? (biffez ce qui ne convient pas) Oui / Non
12	Etes-vous au bénéfice des prestations complémentaires à l'AVS ?
	(biffez ce qui ne convient pas) Oui / Non
13	Revenu et fortune
	Revenu mensuel: CHF
	Fortune: CHF
14	Appréciation de l'indication médico-sociale
	Quelles sont vos motivations pour déménager dans un LADA ?
	Quelles sont vos attentes en termes de prestations ?
	Quelles sont vos attentes au niveau de la sécurité ?
	Quels sont vos besoins en prestations de soins ?
15	Recevez-vous actuellement de l'aide de proches ?
	Si oui, lesquelles ? (biffez ce qui ne convient pas) Oui / Non
16	Recevez-vous actuellement des prestations du Centre Médico-Social ?
	Si oui, lesquelles ? (biffez ce qui ne convient pas) Oui / Non
17	De quelle(s) association(s) êtes-vous membre ?