



Formulaire d' Admission

Renseignements personnels:

Nom de famille à la naissance: _____

Nom de famille après le mariage: _____

Prénom: _____

Sexe:

Masculin

Féminin

Date de naissance: _____

Jour/ Mois /Année

No d' Assurance maladie

Date d'expiration de la carte

Année/Mois

No d' Assurance sociale:

No de Sécurité de la vieillesse:

Données Sociales:

Langue:

Français

Anglais

Autre

Spécifier: _____

État civil:

Conjoint de fait

Célibataire

Marié

s.v.p. inscrire date de l'événement

Divorcé

Séparé

Veuf

date: _____

Jour/ Mois /Année

Lieu de naissance: _____

Nom et prénom du père: _____

Nom de fille et prénom de la mère: _____

Nom et prénom du conjoint(e): _____

Religion: _____

Origine Ethnique: _____

Situation de vie (avant d'entrer en CHSLD): _____

ex: Vivait seul, Vivait avec ses enfants, etc.

Scolarité: _____

Profession: _____

Personnes ressources:

Nom:
Prénom:
Adresse:
Ville:
Téléphone domicile:
Téléphone travail:
Numéro de télécopieur:
Adresse e-mail:

Langue de correspondance avec le ministère:

Français

Anglais

Lien de parenté:

Êtes-vous la personne désignée comme:

Mandataire

Procureur bancaire

Jugement de la cour requis:

Curateur

Procuration gén. notariée

Mandataire, curateur, tuteur

Tuteur

Autre _____

Répondant financier

_____ Code postal: _____

Autre répondant (En cas d'urgence)

Nom:
Prénom:
Adresse:
Ville:
Téléphone domicile:
Téléphone travail:
Lien de parenté:

_____ Code postal: _____

Autre répondant (Facultatif)

Nom:
Prénom:
Adresse:
Ville:
Téléphone domicile:
Téléphone travail:
Lien de parenté:

_____ Code postal: _____

Informations complémentaires:

La personne hébergée a-t-elle signée un mandat d'incapacité ?

Si oui s.v.p. joindre une copie

oui non
Si oui Notarié Olographe

La personne hébergée a-t-elle fait des pré-arrangements funéraires?

Si oui s.v.p. compléter ce qui suit:

oui non

Salon funéraire

No de téléphone:

Adresse:

No du contrat:

La personne hébergée a-t-elle l'intention de produire une demande d'exonération?

oui non

(Formulaire pour le ministère afin d'ajuster le loyer en fonction des revenus)

Si oui s.v.p. compléter les formulaires ci-joint et assurez vous de joindre tous les documents requis

Le lavage sera-t-il fait par la famille ou par le service externe?

Famille Service externe
Coût de 33\$ / mois

Le linge du résident est-il identifié?

oui non

Si non, à quel nom doit-on faire faire les étiquettes pour le linge ?

Nom de famille :

Prénom:

Le prix est d'environ \$10.00 pour 100 étiquettes

Informations complémentaires (suite):

Désirez-vous vous prévaloir du service de petite caisse pour les menus dépenses de la personne hébergée? oui non

Si oui, une mise de fonds initiale de 250\$ est suggérée.

S.v.p. Faire le chèque à l'ordre de Résidence Riviera in Trust

À la fin de chaque mois, le montant dépensé vous sera demandé afin de remettre la petite caisse au montant initial

Services complémentaires requis:

Le service de coiffeuse sera-t-il utilisé ? oui non
(Si oui, compléter le formulaire d'autorisation)

Le service de massothérapie sera-t-il utilisé? oui non
(Si oui, compléter le formulaire d'autorisation)

Le service de soins des pieds sera-t-il utilisé ? oui non
(Si oui, compléter le formulaire d'autorisation)

Les sorties sont-elles autorisées? oui non
(Si oui, compléter le formulaire d'autorisation)

Pour les activités payantes peut-on prendre l'argent dans la petite caisse? oui non
(Si oui, compléter le formulaire d'autorisation)

Pour les médicament non couverts par la RAMQ peut-ont prendre l'argent dans la petite caisse? oui non
(Si oui, compléter le formulaire d'autorisation)

Désirez-vous vous prévaloir des paiements pré-autorisés pour le paiement du loyer et des menus dépenses plutôt que de faire un chèque à chaque mois? oui non

Si oui s.v.p. compléter les formulaires ci-joint et assurez vous de joindre les documents requis ainsi qu'un spécimen de chèque.

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Nom _____

Numéro de dossier _____

Date d'admission: _____

Chambre #: _____

Privé

Semi-privé Salle

Nombre de jour pour le 1er mois: _____

Prix pour le 1er mois: _____

Prix pour les mois suivants: _____

(Si la personne hébergée arrive du domicile dans un mois qui contient 31 jours, on doit compter la 31e journée)

Paiement du mois courant reçu

oui

non

Dépôt initial petite caisse reçu

oui

_____ montant

non

État de compte petite caisse reçu

Boîte aux lettres du bénéficiaire

À poster à tous les mois

Commentaires
