



## 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

### 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:

### Répondant aux biens

Nom: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile: \_\_\_\_\_  
Téléphone travail: \_\_\_\_\_  
Numéro de télécopieur: \_\_\_\_\_  
Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

Langue de correspondance avec le ministère:  Français  Anglais  
Lien de parenté: \_\_\_\_\_ Priorité 1 2 3

Possédez-vous:  Procuration bancaire au nom de: \_\_\_\_\_  
Si oui, joindre une copie  Procuration générale notariée  
 Mandat d'inaptitude  notarié  homologué  
 olographe  non homologué

Nom du mandataire: \_\_\_\_\_

Etes-vous nommé par un jugement  
de la cour

Curateur  Tuteur  
 aux biens  aux biens  
 à la personne  à la personne

Autre: \_\_\_\_\_

### Répondant à la personne

Nom: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile: \_\_\_\_\_  
Téléphone travail: \_\_\_\_\_  
Adresse e-mail: \_\_\_\_\_  
Lien de parenté: \_\_\_\_\_ Priorité 1 2 3

### Personne significative

Nom: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile: \_\_\_\_\_  
Téléphone travail: \_\_\_\_\_  
Adresse e-mail: \_\_\_\_\_  
Lien de parenté: \_\_\_\_\_ Priorité 1 2 3

## Informations complémentaires:

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

Si oui s.v.p. joindre une copie

Si oui  oui  non  
 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?

Lavage Riviera en vrac (gratuit)  Famille  Service externe  
Coût de 31\$ / mois + taxes (35.64\$)

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.

Vous ou votre entourage possédez un animal de compagnie  oui  non

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Nom \_\_\_\_\_

Numéro de dossier \_\_\_\_\_

Date d'admission: \_\_\_\_\_

Chambre #: \_\_\_\_\_

Privé

Semi-privé

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---