

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

Le prix de pension de l'EMS Les Marronniers, fixé par le Département de la Solidarité et de l'Emploi est de **CHF 266.50** par jour, auxquels s'ajoutent **CHF 10.-** 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 :