

## **Demande d'admission CIPA Blannenheem**

Pour que la demande soit valide, il est impératif de répondre à toutes les questions

- urgente  préventive

### Données concernant le demandeur

- Monsieur  Madame

- Couple (1 formulaire par personne)

Nom du conjoint \_\_\_\_\_

Nom / Prénom: \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille: \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_

Matricule nationale: \_\_\_\_\_

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Caisse de santé: \_\_\_\_\_

CMCM:  oui  non

Membre de la Fondation Lëtzebuenger Blannevereenegung:  oui  non

Etat civil:  célibataire  veuf (ve)  divorcé (e)

marié (e)  vit en partenariat  pacsé(e)

Profession: \_\_\_\_\_

### Le demandeur est sous

sauvegarde de justice  curatelle  tutelle

procédure en cours

**Le Demandeur peut payer le prix de pension**

- oui  non
- Fond National de Solidarité

**Adresse officielle**

N° et rue: \_\_\_\_\_

Code postal et lieu: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**Séjour actuel**

- idem adresse officielle
- hôpital (précisez \_\_\_\_\_)
- autre lieu (précisez \_\_\_\_\_)

**Personne de référence (1)**

Lien de parenté: \_\_\_\_\_

Nom / Prénom: \_\_\_\_\_

N° et rue: \_\_\_\_\_

Code postal et lieu: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Personne de référence (2)**

Lien de parenté: \_\_\_\_\_

Nom / Prénom: \_\_\_\_\_

N° et rue: \_\_\_\_\_

Code postal et lieu: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Nom du médecin généraliste:** \_\_\_\_\_

**Motifs de la demande**

- maladie  handicap
- démence  solitude
- vision résiduelle après correction gauche \_\_\_\_\_% droite \_\_\_\_\_%  
certificat médical de la part d'un médecin spécialiste en ophtalmologie à joindre
- autre (à préciser): \_\_\_\_\_

**Informations sur l'état général du demandeur**

**Comportement:**

- équilibré  perturbé  agressif

**Mémoire:**

- bonne  moyenne  mauvaise

**Mobilité:**

- autonome  avec canne  avec déambulateur
- en chaise roulante

**Nutrition:**

- autonome  aide partielle  aide complète

**Hygiène corporelle:**

- autonome  aide partielle  aide complète

**Élimination:**

- continent  aide partielle  incontinent

**Assurance Dépendance**

- oui (date \_\_\_\_\_)                       non  
 en cours     évaluation / réévaluation à prévoir

Joindre une copie de la synthèse de prise en charge de l'assurance dépendance

**Disposition / directive de fin de vie**

- oui     non

**Remarques**

En cas de demande urgente, veuillez décrire brièvement la situation actuelle et joindre un certificat / rapport médical.

---



---



---



---



---

**La demande d'admission est introduite et signée par**

- demandeur                       autre personne (précisez \_\_\_\_\_)

**La confirmation de demande est à envoyer**

- demandeur  
 autre personne (précisez)

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## Déclaration

Par la présente, j'accepte la saisie et l'archivage informatique / manuscrite des données par l'administration du « CIPA Blannenheem – Fondation Lëtzebuenger Blannevereenegung ».

Votre « demande urgente » sera conservée pendant 6 mois.

Votre « demande préventive » sera conservée pendant 3 ans.

Toute demande sera détruite dès que vous exercez votre droit d'effacement en nous adressant une demande dans ce sens par mail ou par courrier.

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### Adresse d'envoi

Fondation Lëtzebuenger Blannevereenegung

« CIPA Blannenheem – Admission »

47, rue de Luxembourg – L-7540 Rollingen

[info@flb.lu](mailto:info@flb.lu) – Tél. 32 90 31 – 300 / Fax 32 91 81

La protection des données est un droit fondamental de l'Union Européenne.

A partir du 25 mai 2018, un nouveau Règlement Général sur la Protection des Données (GDPR) aura pour objectif de responsabiliser les sociétés au respect des libertés et des droits fondamentaux des personnes physiques, notamment de leur vie privée.

Pour connaître vos droits, consultez le site de la CNPD ([www.cnpd.lu](http://www.cnpd.lu))