

## 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 Lëtzebuerger 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

#### **CIPA Blannenheem**

47, rue de Luxembourg

L-7540 ROLLINGEN •

 (+352) 32 90 31 - 300

 (+352) 32 91 81

 info@flb.lu

 www.flb.lu

**Matricule :** 1986 6400 019

**TVA N°** LU22355172

**R.C.S.** G149

**Agrément CIPA :** PA 08 01 043

**CCPL** LU84 1111 0000 9292 0000

**BCEE** LU10 0019 1000 6994 9000

**BIL** LU92 0022 1001 9130 0000

**BGL** LU88 0030 0959 1011 0000

**Fondation reconnue d'utilité publique** par arrêté GD du 20.02.2008

**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**

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> maladie  | <input type="checkbox"/> handicap |
| <input type="checkbox"/> démence  | <input type="checkbox"/> solitude |
| <input type="checkbox"/> vision résiduelle après correction                       | gauche _____% droite _____%       |
| certificat médical de la part d'un médecin spécialiste en ophtalmologie à joindre |                                   |
| <input type="checkbox"/> autre (à préciser):                                      | _____                             |

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

**Comportement:**

- |                                    |                                   |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> équilibré | <input type="checkbox"/> perturbé | <input type="checkbox"/> agressif |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

**Mémoire:**

- |                                |                                  |                                   |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bonne | <input type="checkbox"/> moyenne | <input type="checkbox"/> mauvaise |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

**Mobilité:**

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> autonome           | <input type="checkbox"/> avec canne | <input type="checkbox"/> avec déambulateur |
| <input type="checkbox"/> en chaise roulante |                                     |  |

**Nutrition:**

- |                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> autonome | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide complète |
|-----------------------------------|---|--|

**Hygiène corporelle:**

- |                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> autonome | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide complète |
|-----------------------------------|---|--|

**Elimination:**

- |                                    |   |                                      |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> continent | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> 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 Lëtzebuerger 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 Lëtzebuerger 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) a 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))