

Demande d'admission au CIPA Blannenheem

*Pour que la demande puisse être examinée correctement, il est important de répondre à **toutes les questions**.*

Toutes les questions marquées d'un "❖" doivent être obligatoirement remplies !

La demande d'admission est remplie et signée par ❖.

☐ Demandeur

(la personne qui souhaite être admise au CIPA)

☐ Tierce personne :

1. Informations sur le demandeur ❖

☐ Monsieur

☐ Mme

☐ Divers

Prénom : ❖

Nom marital : ❖

Nom de naissance : ❖

Adresse : ❖

Numéro de téléphone : ❖

Courriel :

Nationalité :

Matricule : ❖

Lieu de naissance :

État civil :

Caisse de maladie :

Assurance complémentaire :

2. Coordonnées de la personne de référence ❖ (notre interlocuteur en cas de besoin)

Prénom, nom : ❖

Degré de parenté :

Adresse :

Numéro de téléphone : ❖

Courriel :

3. Motifs de la demande (Pourquoi faites-vous la demande d'admission dans notre institution ?)

Pourquoi demandons-nous cela ? ➡ Pour pouvoir évaluer votre situation personnelle.

CIPA Blannenheem

Une institution de la Fondation Lëtzeburger Blannevereenegung

47, rue de Luxembourg
L-7540 ROLLINGEN

• ☎ (+352) 32 90 31 - 1600
 • @ cipa@flb.lu
 • 🌐 www.cipa.flb.lu

Agrément: PA 08 01 043

Matricule: 1986 6400 019

TVA N°: LU22355172

R.C.S.: G149

Comptes bancaires:

BCEE LU10 0019 1000 6994 9000

BGL LU88 0030 0959 1011 0000

CCPL LU84 1111 0000 9292 0000

Sous le haut patronage de SAR la Princesse Alexandra

Fondation reconnue d'utilité publique par arrêté GD du 20.02.2008



- ☐ Détérioration de l'état de santé
- ☐ Déficiência visuelle grave
- ☐ Détérioration de la mémoire
- ☐ Mon domicile n'est pas adapté
- ☐ Solitude
- ☐ Âge avancé
- ☐ Besoin élevé de soins et de soutien
- ☐ Autre (veuillez préciser) : _____

Date de la dernière hospitalisation : _____

Motif de la dernière hospitalisation : _____

Nom du médecin de famille : * : _____

Maladie principale (veuillez préciser) : * _____

	Immédiatement	Dans les prochains 6 mois	Dans un an	Ceci est une demande préventive
Je souhaite être admis/e au CIPA : *	☐	☐	☐	☐

4. Informations sur la situation générale

4.1 État général

Pourquoi demandons-nous cela ? 🙌 Pour pouvoir évaluer votre quotidien personnel.

Veuillez cocher les affirmations qui s'appliquent à votre situation :

	Tout à fait d'accord	En partie d'accord	Ne s'applique pas
Au cours d'une journée, je me sens généralement équilibré(e)	☐	☐	☐
La plupart des jours de la semaine, je suis insatisfait(e) de ma situation	☐	☐	☐
Je peux marcher sans aide sur de petites distances	☐	☐	☐
Je parcours les longues distances avec des aides techniques	☐	☐	☐
Je mange suffisamment	☐	☐	☐
J'ai souvent peu d'appétit	☐	☐	☐
J'ai besoin d'aide pour me soigner et m'habiller	☐	☐	☐
J'ai perdu de la capacité de mémoire ces derniers mois	☐	☐	☐
Je passe la plupart de mon temps seul(e) à la maison	☐	☐	☐



Je vois régulièrement des amis et/ou de la famille	☐	☐	☐
J'ai des hobbies et je sais m'occuper	☐	☐	☐
J'utilise les aides techniques suivantes : *			
Canne de marche	☐		
Déambulateur	☐		
Chaise roulante	☐		
Autre :			
Aucun :	☐		

4.2. Qu'est-ce qui est important pour vous dans vos soins ?

Pourquoi demandons-nous cela ? 🖐️ Pour pouvoir évaluer vos priorités personnelles.

	Tout à fait d'accord	En partie d'accord	Ne s'applique pas
Une chambre avec une belle vue	☐	☐	☐
Pouvoir meubler ma chambre avec des objets personnels	☐	☐	☐
Pouvoir aller et venir à ma guise	☐	☐	☐
Les contacts sociaux	☐	☐	☐
La participation au programme d'activités	☐	☐	☐
Repas locaux et traditionnels	☐	☐	☐
Mon autodétermination et être impliqué	☐	☐	☐
Un ton amical et respectueux dans les relations entre les personnes	☐	☐	☐
Pouvoir boire de l'alcool tous les jours	☐	☐	☐
Pouvoir fumer tous les jours	☐	☐	☐

5. Prestations de l'assurance dépendance

Pourquoi demandons-nous cela ? 🖐️ Pour pouvoir évaluer vos besoins en soins.

Recevez-vous actuellement des prestations de l'assurance dépendance ? *

☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis quand percevez-vous des prestations de l'assurance dépendance ?

Connaissez-vous votre niveau de soins ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quel niveau de soins avez-vous été affecté ?

☐ F0 ☐ F01 ☐ F02 ☐ F03

Veuillez joindre une copie de la décision

☐ F04 ☐ F05 ☐ F06 ☐ F07

☐ F08 ☐ F09 ☐ F10 ☐ F11

☐ F12 ☐ F13 ☐ F14 ☐ F15



Une "réévaluation" est-elle nécessaire ou déjà en cours ?

☐ Oui ☐ Non

Quel service de soins ambulatoires s'occupe actuellement de vous à la maison ?

Obtenez-vous le soutien d'un membre de la famille en tant qu'« Aidant formel » ?

☐ Oui ☐ Non

6. **Protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle)**

Pourquoi demandons-nous cela ? 🖱 Pour pouvoir évaluer vos capacités administratives.

Existe-t-il déjà un dossier de protection juridique ? *

☐ Sauvegarde de la justice
☐ Curatelle
☐ Tutelle

Une protection a-t-elle été demandée ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, date de la demande :

Faut-il prévoir une protection juridique à l'avenir ?

☐ Oui ☐ Non

Veillez joindre une copie de la décision à la présente.

(pour plus d'informations : www.justice.public.lu)

7. **Situation financière**

Pourquoi demandons-nous cela ? 🖱 Nous souhaitons évaluer quelle type de chambre est la mieux adaptée.

Ma retraite se situe entre : *

☐ 2.000 – 3.000 €
☐ 3000 – 3.500 €
☐ 3.500 – 4.000 €
☐ au-delà de 4.000 €

J'ai besoin de l'aide du "Fonds national de solidarité" : ☐ Oui ☐ Non

Note : Nous envoyons l'accusé de réception de la demande au demandeur

Déclaration de consentement

Par la présente, je donne mon accord pour que les données soient enregistrées pour un traitement informatique / manuscrit par l'administration du « CIPA Blannenheem - Fondation Lëtzebuerger Blannevereenegung ».

Votre demande sera conservée pendant un maximum de 10 ans.

Toute demande sera détruite si vous exercez votre droit à l'effacement en nous envoyant une demande par courriel ou par courrier.



_____, le _____ Signature _____

Veillez envoyer cette demande par courrier ou par courriel à :

Fondation Lëtzebuerger Blannenvereenegung
« CIPA Blannenheem – Admission »
47, rue de Luxembourg - L-7540 Rollingen
info@flb.lu - Tél. 32 90 31 - 1500

La protection des données est un droit fondamental de l'Union européenne.
À partir du 25 mai 2018, un nouveau règlement général sur la protection des données (RGPD)
obligera les entreprises à respecter les droits et libertés fondamentaux des personnes physiques,
notamment leur vie privée.

Pour connaître vos droits, consultez le site de la CNPD (www.cnpd.lu).

A remplir par le service social :

☐BH

☐WS

☐UR

☐RHW

☐PR