



FORMULAIRE DE CANDIDATURE en vue d'une admission

A) IDENTITÉ DU CANDIDAT RÉSIDENT :

Civilité : Madame – Monsieur*

Nom : Prénom :

Lieu et date de naissance :

Etat civil : Marié(e) – Divorcé(e) – Séparé(e) – Veuf(ve) – Célibataire*

Nationalité : N° de registre national :

N° de carte d'identité : Valable du au

Domicile actuel :

Ancienne profession :

Nom de l'époux ou du cohabitant légal :

B) DONNÉES ADMINISTRATIVES :

Venant de : Domicile – Hôpital – MR/MRS*

Si autre que domicile, merci d'indiquer ci-dessous :

Nom de l'institution :

Adresse de l'institution :

Personne(s) qui initie(nt) le placement : Lien(s) de parenté :

Nom et Prénom : Tél :/.....

Nom et Prénom : Tél :/.....

Nom et Prénom : Tél :/.....

* entourer les mentions correctes



Résidence Les Lilas

Seigneurie du Val Saint-Lambert

Rue du Monastère 40 - 4100 Seraing
Tel : 04 / 338 96 96 - Fax : 04 / 338 96 99

Personne(s) qui signe(nt) l'engagement de paiement :

Veillez compléter le volet « Engagement irrévocable » en page 6 (1 par personne)

Page | 2

1. Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tél :/.....

Lieu et date de naissance :

Adresse :

2. Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tél :/.....

Lieu et date de naissance :

Adresse :

3. Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tél :/.....

Lieu et date de naissance :

Adresse :

Administrateur provisoire des biens désigné : OUI – NON – en cours*

Nom, Prénom : Tél :/.....

C) DONNÉES MÉDICALES ET MUTUELLISTES :



Médecin traitant : Nom, Prénom :

Adresse :

Téléphone :/..... GSM :/.....

Hôpital choisi en cas d'hospitalisation :

* entourer les mentions correctes



D) PERSONNES À PRÉVENIR :

1. Nom : Prénom :
Lien de parenté :
Adresse :
Téléphone : GSM :
E-mail (facultatif) :
2. Nom : Prénom :
Lien de parenté :
Adresse :
Téléphone : GSM :
E-mail (facultatif) :
3. Nom : Prénom :
Lien de parenté :
Adresse :
Téléphone : GSM :
E-mail (facultatif) :

E) FORMALITÉS FUNÉRAILLES :

- Pompes funèbres : Contrat : OUI – NON* / Payé : OUI – NON*
- Cimetière : Caveau ou concession : OUI – NON*
- Incinération : OUI – NON* Déclaration préalable à l'administration communale : OUI – NON*
- Notaire : Testament : OUI – NON*

* entourer les mentions correctes



F) SITUATION FINANCIÈRE DU CANDIDAT RÉSIDENT :

Numéro IBAN (qui fera les versements pour l'hébergement) : BE _ _ _ _ _

Revenus :€ net / mois

Revenus de remplacement :*

- Pension(s) (retraite, survie, étrangères,...)
- APA (allocation aux personnes âgées)
- GRAPA (garantie de revenus aux personnes âgées)
- Rentes diverses (accident de travail, maladie professionnelle,...)
- Pension alimentaire, ...

Autres types de revenus :*

- Loyers
- Rentes viagères
- Immobiliers (intérêts, ...)

| Nature | Montant | Remarque(s) |
|--------|---------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Le candidat résident est-il propriétaire d'un ou plusieurs immeubles ? OUI – NON*

Si oui, veuillez compléter le volet « Déclaration patrimoniale » en page 7 & 8

* entourer les mentions correctes



Résidence Les Lilas

Seigneurie du Val Saint-Lambert

Rue du Monastère 40 - 4100 Seraing
Tel : 04 / 338 96 96 - Fax : 04 / 338 96 99

Je déclare sur l'honneur que l'ensemble des informations et renseignements communiqués dans le cadre du présent formulaire est complet, sincère et véritable.

Le/La candidat(e) Madame/Monsieur :

Le/La représentant(e) du (de la) candidat(e)

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Lien de parenté :

Faire précéder la signature de la manuscrite :
« ***Lu et approuvé*** »

Faire précéder la signature de la mention
« ***Lu et approuvé*** »

Date :

Date :

Signature :

Signature :

* entourer les mentions correctes



Résidence Les Lilas
Seigneurie du Val Saint-Lambert

Rue du Monastère 40 - 4100 Seraing
Tel : 04 / 338 96 96 - Fax : 04 / 338 96 99

ENGAGEMENT IRREVOCABLE

Je soussigné(e) (*Nom, prénoms, lieu et date de naissance, profession et domicile*)

.....
.....

me porte codébiteur solidaire et indivisible, sans bénéfice de discussion, ni de division, de toutes les obligations découlant pour Monsieur/Madame (*Nom, prénoms, lieu et date de naissance et domicile*)

.....

de la convention d'hébergement intervenue entre la Maison de Repos « La Seigneurie du Val Saint-Lambert » et Monsieur/Madame susvisé(e), avenue entre parties, en date du....., et dont une copie m'a été remise.

Signature du Codébiteur,
Précédé de la mention manuscrite
« *Lu et approuvé* »



DECLARATION PATRIMONIALE

PROPRIÉTÉ(S) IMMOBILIÈRE(S)

à remplir par le candidat résident :

Je soussigné(e) Madame/Monsieur* :
né(e) à le
domicilié(e) sollicitant mon
hébergement au sein d'un des établissements pour personnes âgées de la Résidence Les Lilas, déclare sur
l'honneur par le présente ETRE propriétaire d'un ou plusieurs biens immobiliers et n'avoir cédé (vente –
donation – viager) toute partie de mes droits sur ceux-ci durant la période des cinq années qui précède la
présente déclaration.

OU à remplir par le représentant du candidat résident :

Je soussigné(e) Madame/Monsieur* (représentant)
né(e) à le
domicilié(e)
représentant de Madame/Monsieur*
né(e) à le
domicilié(e), intervenant
en qualité de (lien éventuel), déclare sur l'honneur,
que la personne candidate à l'hébergement susmentionnée EST propriétaire d'un ou plusieurs biens
immobiliers et n'a pas cédé (vente – donation – viager) toute partie de ses droits sur ceux-ci durant la
période des cinq dernières années qui précèdent la présente déclaration.



Résidence Les Lilas

Seigneurie du Val Saint-Lambert

Rue du Monastère 40 - 4100 Seraing
Tel : 04 / 338 96 96 - Fax : 04 / 338 96 99

DECLARATION PATRIMONIALE (SUITE)

Page | 8

IDENTIFICATION DES BIENS

| Nature du/des biens | Localisation | Revenu cadastral | Type de propriété (pleine propriété – usufruit – nue-propriété) |
|---------------------|--------------|------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Veillez faire précéder votre signature de la mention manuscrite « *Lu et approuvé* »

Fait à le.....

Signature

ANNEXE 41

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

**ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT
LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS**

Identification du bénéficiaire :

Numéro INAMI de l'institution :

NOM – Prénom : Numéro national :

A. Echelle (ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation)

| CRITERE | Ancien Score | Nouveau Score | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|--------------|---------------|---|---|---|---|
| SE LAVER | | | est capable de se laver complètement sans aucune aide | a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture | a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture | doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture |
| S'HABILLER | | | est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide | a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets) | a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture | doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture |
| TRANSFERT ET DEPLACEMENTS | | | est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers | est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...) | a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements | est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer |
| ALLER A LA TOILETTE | | | est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer | a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer | a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer | doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer |
| CONTINENCE | | | est continent pour les urines et les selles | est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris) | est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles | est incontinent pour les urines et les selles |
| MANGER | | | est capable de manger et de boire seul | a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire | a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit | le patient est totalement dépendant pour manger ou boire |

| CRITERE | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------|--|--|-----------------|---|-----------------------------------|---|
| TEMPS (2) | | | pas de problème | de temps en temps, rarement des problèmes | des problèmes presque chaque jour | totalement désorienté ou impossible à évaluer |
| ESPACE (2) | | | pas de problème | de temps en temps, rarement des problèmes | des problèmes presque chaque jour | totalement désorienté ou impossible à évaluer |

OU : le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé en date du

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C catégorie D dément catégorie D est demandée ⁽¹⁾

- un accueil en centre de soins de jour est demandé ⁽¹⁾

B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :

C. Le Médecin (obligatoire si la catégorie D est demandée ou si aggravation de la dépendance moins de 6 mois après changement d'échelle lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :

| | | |
|--|-----------------------------|-----------|
| Nom et numéro Inami ou cachet du médecin Nom de l'infirmier(ère) responsable ⁽¹⁾ | Date :/...../..... | Signature |
|--|-----------------------------|-----------|

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Ne pas compléter si le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé.