

FOYER SAINT-JACQUES



Foyer Saint-Jacques  
Av. du Midi 2 - C.P. 128  
1890 St-Maurice  
Tél : 024/486.01.00

FOYER OTTANEL



Foyer Ottanel  
Rue du Collège 2 - C.P. 8  
1904 Vernayaz  
Tél : 027/763.24.00

Veillez svp choisir votre établissement :

1 = choix préféré

2 = second choix

**Données administratives**

Cochez votre réponse svp

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :			
Etat civil :		dès le :	
<input type="checkbox"/> célibataire :	<input type="checkbox"/> marié	<input type="checkbox"/> veuf(ve) :	<input type="checkbox"/> séparé (e) <input type="checkbox"/> divorcé (e)
Commune de domicile (adresse) :			
Votre numéro de téléphone :		Adresse e-mail :	
Commune d'origine :		Domicile fiscal :	
Confession :		Langue maternelle :	
Nom, prénom et origine de votre conjoint :			
Nom et prénom de votre père :		de votre mère :	
Nom de jeune fille de votre mère :			
Dernière profession exercée :			
No AVS :		Montant de la rente AVS :	
Adresse de la caisse AVS :			
Votre caisse maladie/accident :		No d'assuré :	
Recevez-vous d'autres revenus (rente LPP, pension) ?			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Etes-vous au bénéfice d'une allocation pour impotent ?			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, quel type d'allocation ?			<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> grave
Etes-vous au bénéfice de prestations complémentaires ?			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous un représentant administratif ?			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Mandataire <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Proche			
Si oui, nom, prénom et adresse :			
La facture du foyer sera payée par ? (responsable du paiement)			
Nom, prénom, adresse :			

## Vie sociale et santé

Avez-vous un représentant thérapeutique ?

oui

non

Nom, prénom et adresse :

Quel est votre médecin traitant habituel ?

Avez-vous rédigé : des directives anticipées

oui

non

un mandat pour cause d'inaptitude

oui

non

Si oui, où sont-ils déposés ?

(y joindre une copie SVP)

Date(s) du court séjour souhaitée(s) :

de suite

à convenir

du.....au.....

Nom et prénom de vos enfants :

Adresse :

Tél. privé :

Email :

Avez-vous des souhaits pour votre séjour en EMS ?

Lieu et date :

Signature :

Veillez nous retourner ce questionnaire accompagné des documents indiqués au point 3.4 du règlement d'admission  
Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à nous contacter au numéro de téléphone : 024/486.01.00

# fondation saint-jacques

Foyer Saint-Jacques Av. du Midi 2 CP 128 1890 St-Maurice  
Foyer Ottanel Rue du Collège 2 1904 Vernayaz

tél. 024/486 01 00  
tél. 027/763 24 00

e-mail : info@ems-st-jacques.ch  
e-mail : info@ems-st-jacques.ch

## AUTORISATION

Le (la) soussigné(e) autorise la Caisse de compensation AVS compétente ou l'office AI du canton du Valais à communiquer à la :

**Fondation Saint-Jacques - St-Maurice**

une copie des décisions de rente d'invalidité, d'allocation pour impotent, ainsi que des prestations complémentaires qui seraient établies en faveur de :

Nom & prénom :

Date de naissance :

N° AVS :

Date : St-Maurice, le

02.96/221/cd

Signature : \_\_\_\_\_

## Formulaire d'autorisation de droit à l'image

### 1. Généralité

Nos résidents sont au cœur de la vie de la Fondation St-Jacques. Chaque sourire, chaque moment partagé, et chaque activité vécue ensemble raconte une histoire unique qui mérite d'être mise en lumière. Dans cette optique, la Fondation peut être amenée à diffuser des photos ou vidéos des résidents sur différents supports de communication (site internet, télévision, vidéos, DVD et autres plateformes). Ces publications seront toujours réalisées avec bienveillance et dans l'esprit de valoriser les personnes et les moments qui nous sont chers.

En donnant votre accord pour l'utilisation de ces images, vous nous permettez de partager ces instants précieux avec notre communauté et de valoriser la vie au sein de notre établissement.

### 2. Autorisations et signatures

Je soussigné(e) donne mon accord pour que mon image, ou celle du résident que je représente, puisse être diffusée avec respect et dignité sur les supports suivants :

Presse (journaux, magazines) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
TV, Vidéo, DVD :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Site web de la Fondation St-Jacques :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres sites web :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Lieu et date :** St-Maurice / Vernayaz, le \_\_\_\_\_

**Nom et Prénom du Résident :** \_\_\_\_\_

**Signature du résident ou de son représentant légal :** \_\_\_\_\_

### 3. Informations complémentaires

L'autorisation est valable pour toute la durée de la présence du résident à la Fondation St-Jacques. Elle peut être retirée à tout moment en contactant le secrétariat de la Fondation.

Conformément à la législation en vigueur, vous bénéficiez des droits suivants concernant les données personnelles liées à vous-même ou au résident que vous représentez :

- Droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations vous concernant ou concernant le résident.
- Droit à la limitation d'un traitement. Par exemple, vous pouvez limiter les supports (site internet, supports papier, etc.) sur lesquels les photographies et vidéos peuvent être diffusées.
- Droit d'opposition. Pour des motifs légitimes, vous pouvez vous opposer à ce que les données fassent l'objet d'un traitement.

Tout exercice de ces droits peut être effectué sur simple demande en vous adressant au secrétariat de la Fondation St-Jacques : [info@ems-st-jacques.ch](mailto:info@ems-st-jacques.ch)

Des informations complémentaires sur la Loi sur la protection des données (LPD) et son application au sein de la Fondation St-Jacques sont disponibles sur notre site internet : <https://www.ems-st-jacques.ch/>