



FONDATION KRAIZBIËRG

Fondation Kräizbiërg

Demande d'admission dans un service de la Fondation Kräizbiërg

Merci de bien vouloir compléter soigneusement cette demande, qui nous permettra de répondre au mieux à votre demande. Pour toute question, vous pouvez vous adresser au 52 43 52 43. Le document est à retourner à la Fondation Kräizbiërg – Comité d'admission – BP65 L-3401 Dudelange

Nom : _____

Prénom : _____

Matricule :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Domicile : _____

Téléphone : _____

Lieu de séjour actuel : _____

Structure fréquentée / envisagée¹ :

- Ateliers Kräizbiërg s.c. Centre de formation Centre de jour
Betreit Wunnen Gasperich Domaine Schoumansbongert (Frisange) Foyer Brill (Dudelange)
Foyer la Cerisaie (Dalheim) Foyer Lankhelzerweiher (Esch/Alzette) Foyer Pietert (Grevenmacher)
Service d'activités de jour

Quel est votre statut actuel ?

- étudiant
- salarié
- travailleur handicapé
- bénéficiaire d'une rente
 - de vieillesse
 - d'invalidité
 - d'accident
 - une prépension

autres : _____

Quelle est l'origine de votre handicap ?

Diagnostic médical ?

Nom, prénom et adresse de votre médecin traitant ?

Quelle est la motivation de votre demande ?

¹ Biffer ce qui ne convient pas

Êtes-vous sous tutelle ou curatelle ?

Tutelle : OUI NON

Curatelle : OUI NON

Si oui,

Nom, prénom et adresse de votre représentant légal ?

Bénéficiez-vous de l'assurance-dépendance ?

OUI NON

Si oui, êtes-vous pris en charge par un réseau d'aides à domicile ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Date et signature du demandeur ou de son représentant légal :

Evaluation des compétences

Pour nous permettre de d'orienter le plus adéquatement possible votre demande, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions ci-après :

I. Boire et manger

Vous mangez :

Seul(e)
avec une aide partielle
avec une aide totale

Vous buvez :

Seul(e)
avec une aide partielle
avec une aide totale

II. Se mouvoir et maintenir une bonne posture

Vous marchez:

Seul(e)
Cannes
Déambulateur
Aide partielle
Prothèse
Aide totale

Vous vous déplacez :

En chaise roulante
Electrique
Avec aide

III. Se vêtir et se dévêtir

Vous-vous habillez et déshabillez :

seul(e)
Aide partielle
Aide totale

IV. Être propre et soigné

Vous-vous lavez :

seul(e)
Aide partielle
Aide totale

V. Communiquer avec ses semblables

Vous comprenez :

le français
le luxembourgeois
l'allemand
autre : _____

Vous parlez :

le français
le luxembourgeois
l'allemand
autre : _____

VI. Utilisation des services

Profitez-vous actuellement de... ?	NON	OUI			
		Où ?		De quel organisme ?	Préciser la nature et la fréquence des services / soins reçus
		Domicile	Extérieur		
Aide ménagère					
Soins infirmiers					
Services sociaux					
Kinésithérapie					
Pédicure					
Autre					

Signataire :

Lieu, date et signature :
