

Aufnahmeantrag Demande d'admission



Antrag / Demande

dringend / urgente vorbeugend / préventive

Unsere Häuser / Nos maisons

Bitte geben Sie die Häuser Ihrer Wahl nach Priorität 1, 2, 3 an. Veuillez indiquer les maisons de votre choix suivant priorités 1, 2, 3.
CIPA Integriertes Altenzentrum / Centre intégré pour personnes âgées **MS** Pflegeheim / Maison de soins **RS** Seniorenresidenz / Résidence seniors

Zentrum / Centre

- CIPA Am Park**
Bofferdange
- RS Am Schloss**
Bofferdange
- CIPA Op der Rhum**
Luxembourg
- CIPA Beim Klouschter**
Howald

Süden / Sud

- CIPA Grand-Duc**
Jean Dudelange
- CIPA Op der Léier**
Esch
- CIPA Um Lauterbann**
Niederborn
- CIPA Roude Fiels**
Rumelange
- MS Thillebiert**
Differdange

Osten / Est

- CIPA Belle-Vue**
Echternach
- MS Am Schleeschen**
Echternach

Norden / Nord

- MS Bei der Sauer**
Diekirch
- MS Sanatorium**
Vianden
- MS Schlossbléck**
Vianden
- MS Geenzebléi**
Wiltz
- RS Liewensbam**
Troisvierges

Angaben des Antragstellers / Données concernant le demandeur (I)

Name / Nom _____

Vorname / Prénom _____

Mädchenname / Nom de jeune fille _____

Nationale Versicherungsnummer / Matricule national _____

Gesundheitskasse / Caisse de santé _____

Nationalität / Nationalité _____

Geburtsort / Lieu de naissance _____

Zivilstand / État civil ledig / célibataire verwitwet / veuf geschieden / divorcé
 verheiratet / marié lebt mit einem Partner zusammen / vit en partenariat

Wohnort / Domicile

N° _____ Strasse / Rue _____

L- _____ Ort / Lieu _____

Telefon / Téléphone _____ Mobil / GSM _____

Angaben des Antragstellers / Données concernant le demandeur (II)

Kontaktperson / Personne de référence

Verwandschaft / Lien de parenté _____
Name / Nom _____ Vorname / Prénom _____
N° _____ Strasse / Rue _____
L- _____ Ort / Lieu _____
Telefon / Téléphone _____ Mobil / GSM _____

Sozialarbeiter (in) / Assistant(e) social(e)

Name / Nom _____ Vorname / Prénom _____
Dienst / Service _____ Telefon / Téléphone _____
Mobil / GSM _____ E-mail _____

Pflegeversicherung / Assurance dépendance

Antrag / Demande ja / oui nein / non Datum / Date _____
Begutachtet / Évalué ja / oui nein / non Datum / Date _____

Wenn ja, bitte Kopie des Entscheids mitschicken / Si oui, joindre la copie de la décision

Pflegeplan / Plan de soins

AEV _____ min. Soutien _____ min. Total _____ min.
Réévaluation ja / oui nein / non Datum / Date _____

Kriegsbeschädigung / Dommages de guerre

Zwangsrekrutiert / Enrôlé de force ja / oui nein / non
Resistenz / Résistance ja / oui nein / non

Falls ja, bitte ein Zeugnis beifügen / Si oui, prière de joindre un certificat

Kontaktpersonen/ Personnes de contact

Bofferdange, Wiltz	Caroline Hoffmann	Tél. 33 17 17-734
Dudelange, Vianden	Marcel Bossi	Tél. 46 70 13-2047
Esch/Alzette, Rumelange	Sylvie Beck	Tél. 55 65 72-6190
Differdange, Niederkorn, Rham	Florence Leardini	Tél. 58 47 58-5506
Echternach	Viviane Bohnenberger	Tél. 72 64 26-5011
Diekirch, Howald, Troisvierges	Marie-Paule Hemmen	Tél. 46 70 13-2102

Gründe des Antrags / Motifs de la demande

Einverständniserklärung / Déclaration

Hiermit erkläre ich mich mit dem Einreichen eines Antrags bei SERVIOR einverstanden.
Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten zur elektronischen Weiterverarbeitung bei SERVIOR gespeichert werden.

Par la présente, je me déclare d'accord avec l'introduction d'une demande auprès de SERVIOR.
En outre, j'accepte la saisie et l'archivage électronique de mes données personnelles par SERVIOR.

Datum / Date _____ Unterschrift / Signature _____

Versandadresse / Adresse d'envoi

SERVIOR – Division « Relations avec les clients » Boîte postale 1413 L-1014 Luxembourg
admission@servior.lu Tél. 46 70 13 -1 Fax 46 70 13-2200